



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Perfil de tesis previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería

**“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES
DETECTADOS EN LA UNIDADES OPERATIVAS
DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE TULCÁN EN EL
PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2012”**

AUTOR:

GONZÁLEZ ESTÉVEZ EDWIN JAVIER

TUTORA:

MSC. SUSANA MENESES DÁVILA

IBARRA – IMBABURA – ECUADOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN

A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docente y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	0401898739		
APELLIDOS Y NOMBRES:	GONZÁLEZ ESTÉVEZ EDWIN JAVIER		
DIRECCIÓN:	Montúfar- San Gabriel Calle Colon, Entre 27 De Septiembre Y Olmedo		
EMAIL:	edwinjavito @hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062291977	TELÉFONO MÓVIL:	0979458733

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DETECTADOS EN LA UNIDADES OPERATIVAS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 TULCÁN EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2012”
AUTOR:	GONZÁLEZ ESTÉVEZ EDWIN JAVIER
FECHA	2012-02-17
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/>
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	LICENCIADO EN ENFERMERÍA
ASESOR / DIRECTOR:	MSC. SUSANA MENESES

2.- AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, **GONZÁLEZ ESTÉVEZ EDWIN JAVIER**, con cedula de identidad Nro. **0401898739** en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en forma digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 143.

3.- CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra a los 17 días del mes de Enero del 2013.

EL AUTOR:

(Firma).....

Nombre: **GONZÁLEZ ESTÉVEZ EDWIN JAVIER**

C.C.:0401898739

ACEPTACIÓN:

(Firma).....

Nombre: Ximena Vallejo

Cargo: **JEFE DE BIBLIOTECA.**

Facultado por resolución de Consejo Universitario.....



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **GONZÁLEZ ESTÉVEZ EDWIN JAVIER**, con cedula de identidad Nro. **0401898739**, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4,5 y 6 en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: **“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DETECTADOS EN LA UNIDADES OPERATIVAS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 TULCÁN EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2012”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: ***Licenciado en Enfermería***, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

(Firma).....

Nombre: **GONZÁLEZ ESTÉVEZ EDWIN JAVIER**

C.C.: 0401898739

Ibarra, a los 15 días del mes de Enero del 2013.

APROBACIÓN

Msc. Susana Meneses Dávila.

DOCENTE DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA.

CERTIFICO:

Haber dirigido y asesorado en todas sus partes, la tesis, **“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DETECTADOS EN LA UNIDADES OPERATIVAS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 TULCÁN EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2012”**, de la autoría del siguiente grupo de investigación:

EDWIN JAVIER GONZÁLEZ ESTÉVEZ

Además encuentro que este trabajo ha sido realizado de acuerdo a las exigencias Metodológicas - Técnicas exigentes para el nivel de licenciatura, por lo que autorizo su Presentación. Sustentación y Defensa.

En la ciudad de Ibarra a los 7 días del mes de Enero del 2012

MSC. SUSANA MENESES DÁVILA

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mis padres ya que con tanto esfuerzo, dedicación y sacrificio han estado apoyándome en todo momento, y además me han hecho un regalo muy grande como es el de una carrera profesional, además han tenido que resignarse al alejarme de ellos para poder estudiar y ser un profesional. Como siempre vale la pena agradecerle a **DIOS** por saber guiarme y darme tanto valor para así seguir adelante en mis estudios y poder llegar a ser un profesional excelente en mi trabajo con conocimientos científicos y pedagógicos que aprendí con mis docentes en todo mi periodo de estudio durante cuatro años.

Es por eso que agradezco a **DIOS** por darme inteligencia y la valentía de seguir adelante a mi familia ya que no he estado con ellos en todo momento a su lado, me siento muy feliz por haber llegado a culminar mi carrera estudiantil y como profesional realizado.

EDWIN JAVIER GONZÁLEZ ESTÉVEZ

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis **padres** y a toda mi familia por haberme apoyado económica y moralmente en mis estudios y así poder salir adelante en mi carrera como: LICENCIADO EN ENFERMERÍA, por haber sido la fortaleza para así poder salir adelante en mi carrera como profesional y en el hogar, y a todas las personas que me animaron siempre y nunca dar marcha atrás, que me enseñaron que por mas difíciles que estén las cosas hay siempre una solución.

A mis maestros les agradezco de corazón por haberme dado sus conocimientos científicos, pedagógicos y sus apoyo en todo momento y a mi tutora la **Msc. Susana Meneses** ya que gracias a su paciencia y esfuerzo se me hizo posible la presentación y sustentación de este proyecto investigativo..

EDWIN JAVIER GONZÁLEZ ESTÉVEZ

TABLA DE CONTENIDOS

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
• 1.1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	8
• 1.2.- CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA	10
• 1.3.- OBJETO Y SUJETO DE LA INVESTIGACIÓN	
• 1.4.- JUSTIFICACIÓN	20
• 1.5 VIABILIDAD	21
• 1.6.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	22
• 1.7.- OBJETIVOS	23
• 1.8.- PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	24

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

• 2.1.- TEORÍA BASE DEL MARCO TEÓRICO	25 - 27
• 2.2.- ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO	28
• 2.3.- ALTERNATIVAS TEÓRICAS ASUMIDAS	29
• 2.4.- BREVE RECUENTO HISTÓRICO DE LA TUBERCULOSIS	29 - 30
• 2.5.- CATEGORÍA DE ANÁLISIS CONCEPTUAL	31
○ 2.5.1.- Tuberculosis	31 - 45
○ 2.5.2.- Tuberculosis extra pulmonar	46 - 50

○ 2.5.3.- Métodos de diagnóstico.	50 - 52
○ 2.5.4.- Prevención De La Tuberculosis	52 - 54
○ 2.5.5.- Principales Indicadores epidemiológicos.	55 - 56
○ 2.5.6.- Programa de Control de tuberculosis	57 - 62
○ 2.5.7.- Tratamiento de la tuberculosis	62 - 67
○ 2.5.8.-Tratamiento de la tuberculosis MultidrogoResistentes.	68 - 70
○ 2.5.9.- Estrategia DOTS (Tratamiento Acortado directamente Observado).	70 - 72
○ 2.5.10.- Problemas Sociales que influyen en el tratamiento Antituberculoso	72 - 77
○ 2.5.11.- Rol del profesional de enfermería	77 - 82
○ 2.5.12.Definición de conceptos	83
○ 2.5.13 Glosario de términos.	84 - 87

CAPITULO III: METODOLOGÍA

• 3.- MARCO METODOLÓGICO	88
• 3.1.-TIPO DE ESTUDIO	88
• 3.2.- UNIVERSO Y MUESTRA	88
• 3.3.- DELIMITACIÓN TEMPORAL.	89
• 3.4.- DELIMITACIÓN ESPACIAL.	89
• 3.5.- DELIMITACIÓN DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN	89

• 3.6.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL GRUPO CON ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO	89
• 3.7.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL GRUPO QUE ABANDONÓ EL TRATAMIENTO.	89 - 90
• 3.8.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	90
• 3.9.- TÉCNICAS	90
• 3.10.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	90
• 3.11.- VARIABLES DE ESTUDIO	91
• 3.12.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	92 - 97

CAPITULO IV

• 4.- MARCO ADMINISTRATIVO	98
○ 4.1.- Recursos Humanos	98
○ 4.2.- Recursos Materiales	98
○ 4.3.- Recursos Financieros	99

CAPITULO V

• 5.1.- PRESENTACIÓN, TABULACIÓN, REPRESENTACIÓN GRAFICA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	100 - 130
---	-----------

- 5.2.- CONCLUSIONES 131 - 132
- 5.3.- RECOMENDACIONES 133 – 134

CAPITULO VI

- 6.- PROPUESTA

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y CUADROS

5.1.-Distribución de resultados en relación a grupos de edad de pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 1..... Pág. 100
- Grafico N° 1..... Pág. 100

5.2.- Distribución de resultados en relación al área de residencia de pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 2..... Pág. 101
- Grafico N° 2..... Pág. 101

5.3.- Distribución de resultados en relación al grupo étnico de pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 3..... Pág. 102
- Grafico N° 3..... Pág. 102

5.4.- Distribución de resultados en relación a la escolaridad de pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 4..... Pág. 103
- Grafico N° 4..... Pág. 103

5.5.-Distribución de resultados en relación a situación de trabajo de pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 5..... Pág. 104
- Grafico N° 5..... Pág. 104

5.6.-Distribución de resultados en relación a al campo laboral en el cual se desempeñan los pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 6..... Pág. 105
- Grafico N° 6..... Pág. 105

5.7.- Distribución de resultados en relación al ingreso mensual que perciben los pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 7..... Pág. 106
- Grafico N° 7..... Pág. 106

5.8.-Distribución de resultados en relación al tipo de institución de salud a la cual acuden los pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 8..... Pág. 107
- Grafico N° 8..... Pág. 107

5.9.-Distribución de resultados en relación al motivo por el cual acudió a una cita médica antes de enterarse de su enfermedad en los pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 9..... Pág. 108
- Grafico N° 9..... Pág. 108

5.10.- Distribución de resultados en relación a la reacción de los pacientes con tuberculosis al momento de recibir el diagnostico de su enfermedad

- Tabla N° 10..... Pág. 109
- Grafico N° 10..... Pág. 109

5.11.-Distribución de resultados en relación al inicio del tratamiento en pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 11..... Pág. 110
- Grafico N° 11..... Pág. 110

5.1.12.- Distribución de resultados en relación al tiempo de tratamiento durante el cual permanecieron los pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 12..... Pág. 111
- Grafico N° 12..... Pág. 111

5.1.13.- Distribución de resultados en relación a la idea de considerar si el paciente desea abandonar o no el tratamiento antituberculoso.

- Tabla N° 13..... Pág. 112
- Grafico N° 13..... Pág. 112

5.1.14.- Distribución de resultados en relación al abandono y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 14..... Pág. 113
- Grafico N° 14..... Pág. 113

5.1.15.- Distribución de resultados en relación al tiempo del abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 15..... Pag.114
- Grafico N° 15..... Pág. 114

5.1.16.- Distribución de resultados en relación a las causas por las cuales los pacientes con tuberculosis abandonaron el tratamiento.

- Tabla N° 16..... Pág. 115
- Grafico N° 17..... pág. 115

5.1.17.- Distribución de resultados en relación a la fecha de la última cita a la que acudieron los pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 17..... Pág. 116
- Grafico N° 17..... Pág. 116

5.1.18.- Distribución de resultados en relación al tome de medicamentos a partir de la última cita médica de pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 18..... Pág. 117
- Grafico N° 18..... Pag.117

5.1.19.- Distribución de resultados en relación al lugar de la toma de medicación por parte de los pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 19..... Pág. 118
- Grafico N° 19..... Pág. 118

5.1.20.- Distribución de resultados en relación a la reacción de la familia sobre el conocimiento de la enfermedad del paciente

- Tabla N° 20..... Pag.119
- Grafico N° 20..... Pág. 119

5.1.21.- Distribución de resultados en relación al ingreso mensual de la familia de los pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 21..... Pág. 120
- Grafico N° 21..... Pág. 120

5.1.22.-Distribución de resultados en relación al apoyo económico familiar que reciben los pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 22..... Pág. 121

- Grafico N° 22..... Pág. 121

5.1.23.- Distribución de resultados en relación al apoyo psicológico que brinda la familia a los pacientes con tuberculosis

- Tabla N° 23..... Pág. 122
- Grafico N° 23..... Pág. 122

5.1.24.- Distribución de resultados en relación al conocimiento en el trabajo sobre la enfermedad del paciente

- Tabla N° 24..... Pág. 123
- Grafico N° 24..... Pág. 123

5.1.25.- Distribución de resultados en relación al incumplimiento del tratamiento del paciente a causa de su actual actividad laboral

- Tabla N° 25..... Pág. 124
- Grafico N° 25..... Pág. 124

5.1.26.- Distribución de resultados en relación al riesgo que corren los pacientes con tuberculosis de permanecer en su campo laboral.

- Tabla N° 26..... Pág. 125
- Grafico N° 26..... Pág. 125

5.1.27.- Distribución de resultados en relación a la información que el paciente recibió por parte del personal de salud sobre su enfermedad.

- Tabla N° 27..... Pág. 126
- Grafico N° 27..... Pág. 126

5.1.28.- Distribución de resultados en relación al seguimiento realizado por el personal de enfermería hacia el paciente con tuberculosis

- Tabla N° 28..... Pág. 127
- Grafico N° 28..... Pág. 127

5.1.29.- Distribución de resultados en relación a la confianza brindada por el paciente hacia personal de salud.

- Tabla N° 29..... Pág. 128
- Grafico N° 29..... Pág. 128

5.1.30.- Distribución de resultados en relación a la calidad de atención del personal de enfermería hacia el paciente con tuberculosis

- Tabla N° 30..... Pág. 129
- Grafico N° 30..... Pág. 129

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad innecesaria, debido a que en la actualidad existe un tratamiento oportuno, adecuado, y técnicas que han demostrado ser útiles en diversos países del mundo, además tomando en cuenta que la curación y la prevención de esta enfermedad es el principal objetivo de la salud pública. El contagio ocurre con mayor frecuencia en el ámbito intradomiciliario, y le favorece la escolaridad básica no concluida, los recursos económicos bajos, la atención médica no oportuna, la falta de apoyo en esta enfermedad considerada crónica, provocando en algunos casos el abandono del tratamiento, complicando más la situación del paciente y favoreciendo la droga resistencia y por consecuencia la prevalencia de la infección.

El objetivo de este estudio de investigación fue identificar qué factores se relacionan con la adherencia y abandono al tratamiento antituberculosos por parte de los pacientes. y poder establecer una propuesta para mejorar la atención integral a los pacientes que se incluyen en el Programa de control de la Tuberculosis, haciendo que su tratamiento antituberculoso tenga un seguimiento adecuado y oportuno, mejorando su calidad de vida y su situación de salud se mejore de manera considerable.

El diseño del estudio fue de tipo cuantitativo, transversal y comparativo en el que se estudiaron 31 casos de pacientes tuberculosos, entre los que se adhirieron al tratamiento y los que lo abandonaron.

Los datos obtenidos de los pacientes con adherencia y abandono al tratamiento fue mediante la aplicación de un instrumento estructurado a través de la técnica de la entrevista al paciente, y sus familiares.

SUMMARY

The TB is unnecessary, because there is now timely treatment, adequate, and techniques that have proven useful in various countries around the world, and considering that the cure and prevention of this disease is the main objective public health. The infection occurs most often in the area intradomicilliary, and favors unfinished primary school, low economic resources, not timely medical care, lack of support in this disease considered chronic, leading in some cases treatment dropout, complicating the situation of the patient and promoting drug resistance and consequently the prevalence of infection.

The objective of this research was to identify what factors are related to adherence to treatment and neglect by TB patients. and to establish a proposal to improve comprehensive care to patients who are included in the Program of Tuberculosis Control, making TB treatment have an adequate and timely follow-up, improving their quality of life and better health situation of considerably.

The study design was a quantitative and comparative cross which studied 31 cases of TB patients, including those who adhered to treatment and those who dropped out.

Data from patients with and adherence to treatment was abandoned by applying a structured instrument through the art of the interview the patient and their family.

1.- TEMA

**“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES
DETECTADOS EN LA UNIDADES OPERATIVAS
DEL AREA DE SALUD N° 1 TULCAN EN EL
PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2012”**

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del sida, causada por un agente infeccioso.

En 2010, 8,8 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,4 millones murieron por esta causa.

Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años.

En 2009, unos 10 millones de niños quedaron huérfanos a consecuencia de la muerte de los padres por causa de la tuberculosis.

La tuberculosis es la causa principal de muerte de las personas infectadas por el VIH, pues causa una cuarta parte de las defunciones en este grupo.

La tuberculosis multirresistente se ha encontrado en casi todos los países estudiados.

Aunque lentamente, está disminuyendo el número anual estimado de personas que enferman de tuberculosis; ello quiere decir que el mundo está en camino de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en detener la propagación de esta enfermedad de aquí al año 2015.

La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 40% entre 1990 y 2010.¹

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html>

En Ecuador en el 2011 en el país se realizaron 264.426 exámenes, de los cuales 5.952 resultaron positivos. En el 2010 hubo 4.940 casos confirmados por laboratorio. Es decir, se registró un crecimiento del 20,48% de afectados.²

Además hay casos de personas que en los primeros meses del tratamiento se sienten bien y abandonan la medicación. En el 2011 hubo 144 pacientes con tuberculosis resistente, de los cuales 26 interrumpieron el proceso por diversas causas ya sean familiares, sociales, o duración de prolongada de este tratamiento indispensable para su recuperación haciendo que generen resistencia a los antibióticos y generando mayor costo al estado.³

² <http://www.eluniverso.com/2012/03/24/1/1445/hay-un-2048-mas-casos-pacientes-tuberculosis-ecuador.html>

³ http://www.elcomercio.comsociedad/pacientes-tuberculosis-pais_0_670133025.html

1.2.- CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

Ecuador, es un país ubicado en el noroeste de América del Sur. Limita por el Norte con Colombia, al Sur y al Este con Perú y al Oeste con el océano Pacífico. Ecuador es un país multiétnico, con gran riqueza cultural, natural y arqueológica; situado en plena línea ecuatorial, a latitud cero. Tiene 256.370 kilómetros cuadrados de superficie, lo que evidencia que es el más pequeño de los países andinos, pero cuenta con la mayor biodiversidad por metro cuadrado del continente.

Su capital es San Francisco de Quito, sede de los principales entes estatales y del Gobierno Nacional y su ciudad más grande es Santiago de Guayaquil, puerto marítimo principal e importante centro económico. Se divide en 24 provincias, distribuidas en cuatro regiones naturales: Amazonía, Costa, Sierra, y Región Insular. En el Ecuador existen 55 volcanes, 14 activos, 14 volcanes dormidos y 42 pasivos, siendo el volcán más alto el Chimborazo, con 6.310 metros sobre el nivel del mar. Es el país con la más alta concentración de ríos por milla cuadrada en el mundo. Es el principal exportador de banano a nivel mundial y uno de los principales exportadores de flores, camarones y cacao.

Según datos generados por INEC (Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos), informan que en febrero de 2009, aproximadamente 14.000.000 de personas habitan Ecuador. En lo referente al sexo de la población, se puede establecer que alrededor del 49,4% se encuentra compuesta por hombres, y un 50,6% por mujeres. Estas cifras varían aún más a favor de las mujeres en las provincias de la sierra central ecuatoriana. Aproximadamente el 54% de la población reside en los centros urbanos, mientras el resto se desenvuelve en el medio rural.

La realidad de salud en nuestro país, especialmente en el área rural, no sólo ha permanecido invariable en los últimos años, sino que se ha hecho aún más tangible y presente. Los adelantos que la ciencia médica ha tenido en este lapso de tiempo, los nuevos conceptos y los avances tecnológicos son retórica y utopía en un medio carente de la más básica infraestructura sanitaria.

Carchi es una provincia ecuatoriana. Al norte, los ríos Carchi y San Juan le sirven de frontera con Colombia, al sur limita con la provincia de Imbabura, al este con la provincia de Sucumbíos, y a occidente con la de Esmeraldas.

El relieve se muestra en forma de altas tierras o altiplanos y una gran depresión con dos hoyas, que forman un amplio valle en el sureste de la provincia y que se continua por tierras colombianas. La mayor altura de la provincia se encuentra en el Volcán de Chiles (4.747m)

Las tierras del altiplano están cortadas por los cursos fluviales: Río San Juan (norte) y Río Mira (sur); por el este, el gran macizo que culmina en el cerro Pelado (4.149 m), se levanta sobre la hoya del río Chota. Las hoyas del río Chota en el sur, con sus afluentes río del Ángel y Apaqui y del río Bobo en el norte, se cierran por el este con una cordillera cuyo punto culminante es el cerro Mirador (4.086 m). Esta depresión aparece como la principal zona de asentamiento urbano y canalización de las comunicaciones. Allí se asienta su capital, Tulcán, y otras localidades menores como San Gabriel, El Ángel o Ciudad Colón, y por ella discurre la carretera Panamericana.

En conjunto es una provincia que vive de la agricultura y la ganadería; la agricultura se limita a estas tierras altas: maíz, avena, cebada, trigo. En las zonas más bajas, cálidas y abrigadas, se cultiva café, caña de azúcar y una gran variedad frutícola. La agricultura se acompaña con una ganadería vacuna y lanar.

Sobre estas bases hay algunas industrias agroalimentarias y textiles. Carchi es una rica zona arqueológica, en la que son muy peculiares unos tipos de yacimientos funerarios bajo el suelo de las cabañas. Ornamentos de oro y de cobre.

Su capital es Tulcán. Por su situación climática y las condiciones de infraestructura los habitantes de la provincia del Carchi, tiene una alta incidencia de enfermedades respiratorias y tanto en niños, adultos y ancianos.⁴

⁴ http://www.letrasdepapel.com/index.php?option=com_content&view=article&id=179&Itemid=51

1.3.- OBJETO Y SUJETO DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1.- Objeto: identificar los factores por los cuales los pacientes con tuberculosis pulmonar se adhieren o abandonan el tratamiento antituberculoso.

1.3.2.- Sujeto: personas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar detectada en las unidades operativas de la ciudad de Tulcán que han terminado el terminado el esquema de medicación y personas que lo hayan abandonado.

1.4.- JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis es un problema de salud pública de trascendental importancia ya que sus repercusiones en la salud de las personas infectadas y las demás que se encuentran a su alrededor son de gravedad.

Recordemos que el Art. 32 de la Constitución de la República, trata sobre el derecho a la salud, al manifestar lo siguiente:

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

En Ecuador en el último año los casos de tuberculosis aumentaron en un 20.48% siendo los factores que más sobresalen como posibles tópicos, la pobreza, la desnutrición, el hacinamiento, ventilación deficiente de la vivienda, abuso de alcohol y otras drogas, embarazo, tratamiento prolongado con cortico esteroides, falta de acceso a los servicios de salud. Además de todo esto se está observando el aumento de casos de personas con Tuberculosis Multidrogoresistente, y por último el tratamiento llevado de manera irregular siendo la causa principal.

Este problema de salud pública representa una gran inversión económica al estado, conjuntamente con la creación de nuevas políticas de salud , para un adecuado y oportuno seguimiento de pacientes con esta patología, siendo un riesgo potencial entre las personas que viven o trabajan con enfermos

tuberculosos, a personas que viven agrupadas en lugares residenciales, ya que son una fuente potencial de contagio directo, agravándose con el consumo y abuso del alcohol o drogas, personas inmunodeprimidas, trabajadores para el cuidado de la salud que están al cuidado de personas de alto riesgo, asociación con VIH/SIDA, aumento de la pobreza, y mal cumplimiento en el esquema de tratamiento adecuado.

En resumen, se requiere que la TB se aborde a partir los determinantes sociales de la salud porque afecta gravemente a nuestro país, en todos los niveles, y a las personas afectadas por esta enfermedad, que debilita su calidad de vida.

1.5 VIABILIDAD

Este tema tiene una gran viabilidad porque no se han realizado las investigaciones adecuadas ni seguimientos en referencia a los factores que puedan influir en los pacientes para su correcta culminación del esquema de tratamiento o a la vez el abandono parcial o definitivo de dicho esquema.

1.6.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Determinar cuáles son los factores asociados a la adherencia y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en las distintas unidades operativas de la ciudad de Tulcán

1.7.- OBJETIVOS

1.7.1.- Objetivo General

Identificar los factores asociados a la adherencia y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pertenecientes al área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán, y plantear una propuesta encaminada a solucionar a los problemas de salud detectados.

1.7.2.- Objetivos Específicos

1.7.2.1.- Determinar la población en estudio como grupo programático del Programa de Control de La tuberculosis, que acuden a recibir atención en las unidades operativas del Área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán.

1.7.2.2.- Identificar el nivel de apoyo familiar hacia los pacientes en relación a la adherencia y abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar.

1.7.2.3.- Identificar la influencia que existe entre la relación del personal de salud y el paciente para su adherencia y / o abandono de su tratamiento de tuberculosis pulmonar.

1.7.2.4.- Determinar el tipo de información que el paciente recibe y su relación con la influencia en la adherencia o abandono al tratamiento de tuberculosis pulmonar.

1.7.2.5.- Elaborar un plan de intervención, dirigido al paciente perteneciente al programa de control de tuberculosis, que manejan las

unidades operativas del área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán, para fortalecer la calidad de vida de la comunidad y contribuir al desarrollo local.

1.8.- Preguntas De Investigación

1.8.1.- ¿La situación socio demográfica de la población influye en el abandono y adherencia al tratamiento de la tuberculosis?

1.8.2.- ¿El apoyo familiar del paciente con diagnostico de tuberculosis se relaciona con el apego al tratamiento y de quienes lo abandonan?

1.8.3.- ¿La relación médico – paciente influye en el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar y de quienes lo abandonan?

1.8.4.- ¿La calidad de información que reciben los pacientes influye en la adherencia o abandono al tratamiento antituberculoso?.

1.8.5.- ¿La formulación de una propuesta para el tratamiento oportuno y adecuado en pacientes con tuberculosis, permitirá la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes?

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- Teoría Base Del Marco Teórico

La tuberculosis, “vieja conocida de la Neumología”, constituye todavía una enfermedad con una alta morbilidad y mortalidad en el mundo lo que hace que, pese a estar en el siglo XXI, continúe recabando nuestra atención, se planteen grandes retos como el control de la misma y surjan nuevos problemas como la emergencia de la tuberculosis multirresistente. Así pues, constituye para la Organización Mundial de la Salud una enfermedad de gran interés que le ha llevado a desarrollar un programa específico y ambicioso que pretende su erradicación para el año 2050.

El bacilo de Koch acompaña al ser humano desde el comienzo de su historia como atestiguan los hallazgos de lesiones tuberculosas en momias egipcias y precolombinas; ha sido responsable de una alta morbilidad y mortalidad en Europa y, en los siglos XV y XVI, la “gran peste blanca” era presumiblemente responsable de una cuarta parte de las muertes de la época⁵

La epidemia de tuberculosis (TB) alcanzó su punto más alto a finales del siglo XVIII en Inglaterra, a principios del siglo XIX en Europa occidental y a finales del siglo XIX en Europa Oriental y América del Norte y del Sur, mientras que en muchas zonas de Asia y África todavía no se ha alcanzado el pico de incidencia², aunque recientes datos de la OMS sugieren que la tasa de incidencia ha podido comenzar a remitir también en estas regiones.

Cuando las enfermedades infecciosas de corta evolución aparecen en una población sensible, presentan una onda epidémica en la que las tasas de

⁵ Bates JH, Stead WW. The history of tuberculosis as a global epidemic. Med Clin North Am 1993; 77: 1205-1217.

morbilidad y mortalidad siguen una curva con un ascenso pronunciado y corto, un pico máximo y un descenso más prolongado. La tuberculosis presenta un fenómeno similar, pero cada segmento de la curva precisa décadas y no semanas. Esta onda epidémica se explica por un proceso de selección natural según el cual los individuos más sensibles son eliminados a lo largo de varias generaciones y los supervivientes se muestran relativamente resistentes, así la epidemia da paso a un patrón endémico. Esta onda epidémica requiere alrededor de 300 años para completar su curso en un área geográfica⁶.

En la segunda mitad del siglo XX, en los países desarrollados, al contrario que en el resto del mundo, se llevaron a cabo programas eficaces de control de la tuberculosis; como consecuencia de este hecho las personas nacidas en los últimos 45-50 años han tenido que soportar muy diferentes riesgos de infección dependiendo de su lugar geográfico de origen y así, si el 80% de los infectados tienen más de 50 años en los países desarrollados, el 75% tienen menos de 50 años en los países en vías de desarrollo.

Los países pobres con alta tasa de incidencia presentan un mayor número de casos entre la población más joven, con una elevada proporción de tuberculosis pulmonar primaria; por otro lado, los más avanzados desde el punto de vista socio sanitario y económico y con menor incidencia de TB, ésta afecta predominantemente a las personas de mayor edad, existiendo una mayor proporción de tuberculosis post-primaria y bajas tasas de enfermedad e infección tuberculosa latente en niños.

En la actualidad la TB se considera un problema de salud pública de primera magnitud, constituyendo la causa de muerte más frecuente por agente infeccioso y representando aproximadamente la cuarta parte de la mortalidad

⁶ Stead WW, Bates JH. Epidemiología y prevención de la tuberculosis. En: Fishman AP. Tratado de Neumología. Ediciones Doyma 1991 (ed. española) 1661-1675.

evitable en los países en desarrollo, en donde se registran la gran mayoría de los casos y de los fallecimientos.⁷

2.2.- Esquema Del Marco Teórico

2.3.- Alternativas teóricas asumidas

2.4.- Breve recuento histórico de la tuberculosis

2.5.- Categoría de Análisis conceptual

- 2.5.1.- Tuberculosis
- 2.5.2.- Tuberculosis extra pulmonar
- 2.5.3.- Métodos de diagnóstico.
- 2.5.4.- Prevención De La Tuberculosis
- 2.5.5.- Principales Indicadores epidemiológicos.
- 2.5.6.- Programa de Control de tuberculosis
- 2.5.7.- Tratamiento de la tuberculosis
- 2.5.8.- Tratamiento de la tuberculosis Multidrogos Resistentes.
- 2.5.9.- Estrategia DOTS (Tratamiento Acortado directamente Observado).

⁷ BERMEJO, M. C.; CLAVERA, I.; MICHEL DE LA ROSA, F. J. y MARIN, B.. Epidemiología de la tuberculosis. *Anales Sis San Navarra*[online]. 2007, vol.30, suppl.2 [citado 2012-11-27], pp. 07-19 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000400002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272007000400002>.

- 2.5.10.- Problemas Sociales que influyen en el tratamiento Antituberculoso
- 2.5.11.- Rol del profesional de enfermería
- 2.5.12. Definición de conceptos
- 2.5.13 Glosario de términos.

2.3.- Alternativas teóricas asumidas

2.4.- Breve recuento histórico de la Tuberculosis

La historia de la tuberculosis es un tema apasionante. En pocas enfermedades es posible documentar su estrecha relación con la Historia de la propia humanidad como en la que nos ocupa. Existen evidencias paleontológicas de tuberculosis vertebral en restos neolíticos precolombinos, así como en momias egipcias que datan aproximadamente del año 2400 a.C.

En Europa se convirtió en un problema grave en el momento en que el hacinamiento en los medios urbanos asociado con la Revolución Industrial generó circunstancias epidemiológicas que favorecieron su propagación. En los siglos XVII y XVIII la TB fue responsable de una cuarta parte de todas las muertes en adultos que se produjeron en el continente europeo (la palabra tuberculosis ha sido uno de los grandes "tabúes" en la historia de la cultura occidental).

El médico inglés Benjamín Martenl en, en su obra A New Theory of The Comsumption fue el primero en aventurar que la causa de la tuberculosis podría

ser una "diminuta criatura viviente", que, una vez en el organismo, podría generar los signos y síntomas de la enfermedad.

Fue Robert Koch, en 1882, al utilizar una nueva técnica de tinción, el primero que por fin pudo ver al "enemigo oculto". En el año 1895 Wilhelm Konrad von Rontgen descubre la radiación que lleva su nombre, con lo que la evolución de la enfermedad podía ser observada.

Con el conocimiento del agente causante y el mecanismo de transmisión proliferó la aparición de los famosos sanatorios, con los que se buscaba, por un lado, aislar a los enfermos de la población general interrumpiendo la cadena de transmisión de la enfermedad, y por otro, ayudar al proceso de curación con la buena alimentación y el reposo.

Pero no fue hasta 1944, en plena II Guerra Mundial, con la demostración de la eficacia de la estreptomycin, cuando comienza la era moderna de la tuberculosis, en la que el curso de la enfermedad podía ser cambiado. En el año 1952 tiene lugar el desarrollo de un agente mucho más eficaz: la isoniacida. Ello hace que la tuberculosis se convierta en una enfermedad curable en la mayoría de los casos.

La rifampicina, en la década de los 60, hizo que los regímenes terapéuticos se acortaran de una forma significativa.

Se produjo un descenso progresivo de casos hasta mediados de los 80, en los que la invasión del sida, la inmigración desde países en los que la enfermedad es muy prevalente (no hay que olvidar que la TB es un problema global de la humanidad, de difícil solución con medidas de "fronteras adentro"), la formación de bolsas de pobreza y situaciones de hacinamiento, el impacto en los adictos a drogas por vía parenteral, junto con la escasez de recursos sanitarios, han

hecho de la TB un problema creciente, con la adquisición y propagación epidémica de nuevos casos⁸.

2.5.- Categorías De Análisis Conceptual

2.5.1.-La Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa. Se transmite por vía aérea, al igual que el resfriado común. Sólo transmiten la infección las personas que padecen tuberculosis pulmonar. Al toser, estornudar, hablar o escupir, expulsan al aire los gérmenes de la enfermedad, conocidos como bacilos tuberculosos. Basta inhalar una pequeña cantidad de bacilos para contraer la infección.

Una persona con tuberculosis activa no tratada infecta una media de 10 a 15 personas al año. Sin embargo, no todos los sujetos infectados por el bacilo de la tuberculosis necesariamente desarrollan la enfermedad. El sistema inmunológico “empareda” los gérmenes que, aislados por una gruesa envoltura cérica pueden permanecer en estado latente durante años. El riesgo de enfermar aumenta cuando el sistema inmunológico de la persona está debilitado.

Cada segundo se produce en el mundo una nueva infección por el bacilo de la tuberculosis, una tercera parte de la población mundial está actualmente infectada por el bacilo de la tuberculosis. Del 5% al 10% de las personas infectadas por el bacilo de la tuberculosis (y que no están infectadas por el VIH), enferman o son contagiosas en algún momento de sus vidas. Las personas con

⁸ La Tuberculosis: Un Problema de Salud Pública. 1ª Edición 1999. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

coinfección por el VIH y la tuberculosis tienen muchas más probabilidades de enfermar por tuberculosis⁹.

2.5.2.- Epidemiología

La tuberculosis es un auténtico problema de salud pública, tanto a nivel local, nacional como mundial, por lo tanto hay que analizar su situación epidemiológica actual, tan importante para comprender correctamente esta enfermedad en su globalidad.

Las cifras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en relación a la situación de la tuberculosis en el mundo es:

"Aproximadamente un tercio de la población mundial está infectado por M. tuberculosis. Según las estimaciones disponibles, en 1995 se registraron mundialmente unos nueve millones de casos nuevos de tuberculosis y tres millones de defunciones por esa causa.

La tuberculosis causa la muerte de más personas que cualquier otro agente infeccioso. Las defunciones por tuberculosis representan el 25 por ciento de todo la mortalidad evitable en los países en desarrollo, donde se registra el 95 por ciento de los casos y el 98 por ciento de los fallecimientos causados por esta enfermedad; el 75 por ciento de los casos se sitúa en el grupo de edad económicamente productivo (15-50 años). En consecuencia, a medida que se acerca el siglo XXI, nos encontramos con una situación mucho más grave que la que existía a mediados de los años cincuenta".

⁹ <http://www.who.int/en/>

Los últimos datos facilitados por esta Organización, pertenecientes al año 1997, son impresionantes: se estima que la prevalencia de infección en el mundo era del 32% de la población (1.860 millones de personas). Alrededor de 1.870.000 personas murieron de tuberculosis, con una mortalidad global del 23%, aunque sobrepasaba el 50% en algunos países africanos donde la coinfección por VIH es muy alta.

Este hecho se vio reflejado en una evaluación que de ellos se llevó a cabo, publicado en Medicina Clínica en 1999, con las siguientes cifras: en toda España habría 3,8 trabajadores de salud pública por cada 100.000 casos de tuberculosis. De los 19 programas evaluados (17 CC.AA., y las ciudades de Ceuta y Melilla), el 70 por ciento no cumplían los objetivos básicos recomendables. En cualquier caso nuestro país tiene el dudoso honor de estar a la cabeza de los países de su entorno geográfico y económico, con tasas que son entre 4 y 8 veces superiores a las de otros países del mundo desarrollado.

Si a esto unimos el hecho de que España es el país de Europa con mayores tasas de sida, el binomio VIH-TB se ha convertido en un problema de primera magnitud en este país. La infección por VIH es el principal factor de riesgo para el desarrollo de tuberculosis, siendo 100 veces mayor el riesgo en los coinfectados por ambos microorganismos que en las personas infectadas por TB que son VIH negativas. A la inversa, también es importante la repercusión que la tuberculosis tiene sobre la evolución de la enfermedad por VIH: observaciones clínicas sustentadas por estudios en el laboratorio han identificado a la tuberculosis como un factor que acelera el curso de la infección por VIH, de tal modo que los pacientes VIH-positivos que padecen tuberculosis tienen una progresión más rápida a sida y se mueren más precozmente que los que no padecen tuberculosis, aun a pesar del tratamiento adecuado.

El número de casos de tuberculosis entre los pacientes infectados por el VIH o con sida es muy variable de unos países a otros, reflejando la prevalencia de la infección en la población general. En España, aproximadamente, la mitad de los pacientes con infección por el VIH padecen tuberculosis a lo largo de su vida.

La situación es parecida cuando se trata de documentar la prevalencia de infección por VIH entre los casos de tuberculosis. Mientras que en Australia, por ejemplo, dicha prevalencia se estimó en 2,5 por ciento, entre los pacientes atendidos en los hospitales madrileños la proporción de pacientes infectados por VIH entre todos los diagnosticados de tuberculosis mediante cultivo ascienden a más de un 30 por ciento.

España tiene actualmente la tasa de coinfección VIH-M. Tuberculosis más elevada del mundo occidental. Por ello, a lo largo de los distintos apartados de todo el tema, dedicaremos especial atención a lo que en ocasiones se ha denominado "la doble epidemia"¹⁰.

2.5.3.- Grupos de riesgo

Consideramos que el "grupo de riesgo". Son las personas que están expuestas a esta enfermedad:

- Contactos estrechos con enfermos de tuberculosis.
- Emigrantes de zonas de alta prevalencia (Asia, África, Latinoamérica, Europa del Este).

¹⁰ World Health Organization. Global Tuberculosis Control. WHO Report 1999. World Health Organization, Geneva 1999.

- Adictos a drogas por vía parenteral.
- Residentes en instituciones cerradas, especialmente población reclusa. Entre estas personas es cuatro veces más prevalente que entre los grupos de la misma edad no reclusa.
- Personas con exposición ocupacional: sanitarios, etc.

Especial importancia epidemiológica tiene la prevalencia de infección e incidencia de enfermedad en la población infantil. Así, cuando un niño presenta tuberculosis indica que la infección ha sido transmitida recientemente, y que la persona que la transmitió puede ser todavía infectiva y que otros niños y adultos en la comunidad han sido expuestos. En Estados Unidos el número de casos en niños se incrementó de 1985 a 1993 en un 36%.

2.5.4.- Etiología

La mayor parte de los casos de tuberculosis son producidos por *Mycobacterium tuberculosis*. El *M. bovis* es mucho menos frecuente. Se caracteriza por su resistencia uniforme a pirazinamida, aunque en los últimos años ha sido responsable de una epidemia en España de tuberculosis multidrogosresistentes asociada a enfermos VIH.

Las micobacterias son bacilos ácido alcohol resistentes, aerobios estrictos, inmóviles, no esporulados, que son Gram (+) aunque la tinción es muy irregular. Se reproducen muy lentamente, son resistentes a los ácidos y álcalis y tienen una gran envoltura de ácidos micólicos, ácidos grasos ramificados, de 60-80 átomos de carbono. Por fuera de la capa de ácidos micólicos existen una serie de fenol glicolípidos y glicolípidos, de entre los que destaca el co factor, importante como veremos para el diagnóstico. Son bacterias intracelulares, capaces de vivir dentro de las células, y más concretamente, de los

macrófagos, de forma que son capaces de enlentecer su metabolismo de forma indefinida.

2.5.5.- Transmisión.

La tuberculosis es transmitida de persona a persona principalmente por vía respiratoria, a través de las gotitas de salivas. Los bacilos tuberculosos (en número de 1 a 3) forman los núcleos de estas pequeñas gotitas, lo suficientemente pequeñas (1-5 micras de diámetro) como para evaporarse, y permanecer suspendidas en el aire varias horas.

Las partículas de mayor tamaño, aunque tengan mayor número de bacilos, son menos contagiosas, pues caen por gravedad, o en el caso de ser inhaladas, son eliminadas por el sistema mucociliar y la tos. Cuando una persona con tuberculosis pulmonar o laríngea tose, estornuda, habla o canta, emite estas pequeñas partículas.

La posibilidad de que la enfermedad se transmita depende de cuatro factores:

- Las características del enfermo.
- El entorno en que tiene lugar la exposición.
- La duración de la exposición.
- La susceptibilidad del receptor (de ella hablaremos en la patogenia).

La capacidad de infectar de un enfermo determinado va a depender de la cantidad de bacilos que expulsa con sus secreciones respiratorias, estando ésta

en relación directa con la frecuencia de la tos, la existencia de lesiones cavitadas y con las formas de diseminación broncógena. La tuberculosis laríngea es especialmente infectiva.

Así, por ejemplo, los niños, aunque posible, rara vez son la fuente de infección para otras personas, pues tosen con menos frecuencia, con menos fuerza, e infrecuentemente sufren formas cavitadas extensas. Una vez iniciado un tratamiento correcto, en dos o tres semanas el esputo se esteriliza y la capacidad de infectar desciende en gran medida. De aquí la importancia que tiene en el control de la enfermedad el diagnóstico precoz, el aislamiento y el inicio del tratamiento.

Igualmente medidas que pudieran parecer tan superfluas como el cubrir la boca y la nariz del enfermo al estornudar o toser disminuyen mucho la capacidad de infectar. De estas y otras medidas hablaremos más tarde en las medidas de control de la enfermedad. Las micobacterias son sensibles a la radiación ultravioleta. Así, raramente, se produce el contagio en la calle, a la luz del día.

El hacinamiento facilitará la posibilidad de transmisión. De nuevo, una medida tan simple como una buena ventilación hará disminuir esta posibilidad (con seis o más intercambios del aire de la habitación en una hora son suficientes).

El contagio se puede producir en un contacto esporádico con un enfermo, pero evidentemente cuanto más íntimo y prolongado sea el contacto, mucho mayores serán las posibilidades: familiares, compañeros de habitación, compañeros de trabajo etc., serán los que más frecuentemente se infecten. En general, se acepta que el 23-25 por ciento de los contactos con un caso infeccioso se infectarán.

La tuberculosis extra pulmonar rara vez es contagiosa. Sin embargo, se han publicado casos de transmisión al realizar técnicas que producen aerosoles, como pudiera ocurrir en las autopsias. No se transmite a través de utensilios, vajillas etc. Aunque extremadamente rara, se ha documentado la transmisión del hombre a animales de compañía y viceversa.

Clásicamente, se hablaba de la posibilidad de transmisión de *M. bovis* a través de la ingestión de leche de vaca, penetrando a través de la mucosa gastrointestinal. Hoy en día, con las técnicas de higienización de la leche, es prácticamente inexistente.

2.5.6.- Patogenia

Cuando una persona inhala esas partículas suspendidas en el aire, lo suficientemente pequeñas como para llegar a los alvéolos, comienza la infección. Es difícil establecer cuántos bacilos se necesitan para producir infección, pero se estima que entre 5 y 200.

Una vez en los alvéolos, los bacilos son fagocitados por los macrófagos alveolares no activados (Estadio I de la patogenia), donde se multiplican y producen la liberación de citoquinas que, a su vez, atraerán a más macrófagos y monocitos que de nuevo fagocitarán los bacilos. Se produce una acumulación de monocitos y bacilos intracelulares (Estadio II o estado de simbiosis, también conocido como Fase de Crecimiento Logarítmico) entre los días 7 y 21. La posterior necrosis tisular y de los macrófagos (Necrosis caseosa, Estadio III) hace que se cree un medio desfavorable para la multiplicación de los bacilos. Esto se produce alrededor de la tercera semana, coincidiendo con la positivización del PPD.

Con la sensibilización de los linfocitos CD4 se produce una reacción inmunológica tipo TH1 con liberación de linfoquinas que activan los macrófagos, capaces de la destrucción del bacilo. Este fenómeno dará lugar a la formación de los granulomas que caracterizan histológicamente a la enfermedad (Estadio IV).

Si la secuencia en la patogenia continúa y se produce la licuefacción del material (Estadio V) y éste drena a la vía aérea, se producirá la cavitación. En este medio los macrófagos activados son ineficaces, por lo que se crean unas condiciones idóneas para la multiplicación extracelular de los bacilos.

Este foco primario casi siempre es subpleural, y localizado en la región media del pulmón (zona inferior de los lóbulos superiores y superior de los lóbulos inferior y medio), donde el flujo aéreo mayor facilita el que se depositen esos bacilos inhalados.

Volviendo al inicio de la secuencia (Estadio I), parte de esos macrófagos alveolares pueden alcanzar vía linfática los ganglios regionales, y desde aquí, vía hematógena, al resto del organismo. No se sabe muy bien por qué causas, existen zonas del organismo que favorecen la retención y multiplicación de los bacilos: riñones, epífisis de los huesos largos, cuerpos vertebrales, áreas meníngeas cercanas al espacio subaracnoideo y, sobre todo, las zonas apicales posteriores del pulmón. En estas zonas se producen focos de multiplicación hasta que 2 a 10 semanas después de la primoinfección el sistema inmune detiene esta multiplicación y previene una futura diseminación (se produce la conversión de la prueba del PPD). Estas zonas podrán ser en el futuro focos de posible reactivación.

La infección puede progresar a enfermedad rápidamente, años después, o nunca. En los individuos inmunocompetentes infectados, el 5 por ciento

desarrollará la enfermedad en los dos años siguientes a la primoinfección. Otro 5 por ciento la desarrollará más tarde. Es decir, el 10 por ciento de los infectados desarrollará enfermedad en algún momento de su vida. El otro 90 por ciento permanecerá libre de enfermedad.

Algunas situaciones médicas aumentan el riesgo de que la infección progrese a enfermedad, pero no todas en la misma medida. Así, por ejemplo, la diabetes aumenta 3 veces el riesgo, la silicosis 30 veces, la infección por VIH más de 100 veces, y en fase de sida, hasta 170 veces.

Algunas de estas circunstancias son:

- Infección por VIH-SIDA.
- Adicción a drogas, especialmente por vía parenteral.
- Infección reciente (en los dos años previos).
- Hallazgos radiológicos sugestivos de TB previa.
- Diabetes Mellitus.
- Silicosis.
- Terapia prolongada con corticoides.
- Otras terapias inmunosupresoras.
- Cáncer de cabeza y cuello.
- Enfermedades hematológicas y del Sistema reticuloendotelial
- Insuficiencia renal crónica.
- Gastrectomía.

- Síndromes de mal absorción crónica.
- Bajo peso corporal (10 por ciento o más por debajo del peso ideal).

En cuanto a la edad, los tres períodos de la vida asociados con más riesgo de progresión a enfermedad son la infancia (sobre todo los dos primeros años de vida), la década comprendida entre los 15 y los 25 años y la edad avanzada.

Los pulmones son los órganos más frecuentemente afectados por la tuberculosis. Así, el 85 por ciento de los casos son pulmonares. Sin embargo, como hemos dicho, la tuberculosis es una enfermedad sistémica, y puede afectar a numerosos órganos de la economía. El derrame pleural puede ocurrir en cualquier momento después de la primoinfección. La liberación de una pequeña cantidad de proteínas de los bacilos, material antigénico, desde un foco parenquimatoso subpleural al espacio pleural produce una reacción inflamatoria con la acumulación de un exudado.

La tuberculosis miliar se produce cuando un foco necrótico erosiona un vaso sanguíneo, y una gran cantidad de bacilos entra en el torrente circulatorio en un breve espacio de tiempo, diseminándose a numerosos órganos.

La ruptura de un foco necrótico directamente al espacio subaracnoideo producirá la meningitis. El hueso y la articulación subyacente pueden afectarse conjuntamente, afectar a otro hueso (es el ejemplo de la afectación vertebral en la tuberculosis, en la que suelen verse implicadas dos vértebras adyacentes, a diferencia de lo que suele observarse en la afectación, por ejemplo, tumoral), y extenderse a los tejidos blandos adyacentes produciendo abscesos (ej. absceso del psoas).

La afectación renal suele producirse cuando un foco cortical necrótico drena en el sistema colector, pudiendo afectar de forma secundaria a la médula renal,

uréter y vejiga. La infección del tracto genital femenino es casi siempre vía hematógena, mientras que el masculino puede serlo también a través de la orina.

Existe una clasificación clínica de la tuberculosis, propuesta por la Sociedad Americana de Enfermedades del Tórax (ATS), basada en la patogenia de la misma

TABLA 1

Tabla 1 Clasificación clínica de la tuberculosis		
Clase	Situación	Descripción
0	No exposición No infección	No historia de exposición PPD negativo
1	Exposición No infección	Historia de exposición PPD negativo
2	Infección No enfermedad	PPD positivo Estudios bacteriológicos (si realizados) negativos No evidencia clínica ni radiológica de TB
3	Enfermedad actual	Cultivo de M. Tuberculosis (si realizados) o PPD positivo y clínica o radiología evidente

4	Enfermedad previa	Historia de episodio previo o Hallazgos radiológicos anormales pero estables, PPD positivo y estudios bacteriológicos negativos (si realizados) y No evidencia clínica ni radiológica de enfermedad
---	-------------------	--

Según esta clasificación, nadie debería estar más de tres meses en la clase 5, es decir, sin diagnóstico.

2.5.7.- Clínica

Dado su carácter de enfermedad sistémica, los signos y síntomas del enfermo pueden ser de predominio sistémico, predominar la sintomatología pulmonar, los signos y síntomas de otro órgano afectado, o ser una combinación de todos ellos.

Ciertamente, la enfermedad temprana puede ser asintomática, y detectarse debido a una historia de exposición, por la presencia de una reacción a la prueba de la tuberculina positiva y una imagen radiológica patológica. Pero cuando la población bacilar es significativa se va a producir una reacción sistémica, con síntomas inespecíficos como fiebre (primordialmente vespertina), escalofríos, astenia, pérdida de apetito, disminución de peso y sudación nocturna que, característicamente, afecta más a la parte superior del cuerpo.

La instauración de los síntomas es gradual. Por ello a veces son bien tolerados por el enfermo y pueden pasar en principio inadvertidos, o son atribuidos a otra causa, como el exceso de trabajo. Otras veces se presenta como fiebre de

origen desconocido, en cuyo diagnóstico diferencial siempre ha de ser incluida, y sólo se llega a esclarecer tras extensos y repetidos estudios.

Menos frecuente, pero posible, es la presentación como un síndrome pseudogripal, con fiebre aguda y escalofríos, y el enfermo no consulta hasta que los síntomas no se resuelven como sería de esperar. El eritema nudoso puede aparecer con este inicio agudo.

2.5.8.- Manifestaciones clínicas de la tuberculosis pulmonar

La tuberculosis pulmonar suele presentarse habitualmente con tos productiva de larga evolución, (generalmente el enfermo consulta cuando lleva más de tres semanas tosiendo). Éste es el principal síntoma respiratorio. El esputo suele ser escaso y no purulento.

2.5.9.- Signos y Síntomas que presentan las personas con tuberculosis:

- Tos y catarro por más de 15 días (síntomas más importantes y frecuentes)
- Pérdida de Peso.
- Anorexia (falta de apetito)
- Diaforesis (Sudoración Nocturna)
- Fiebre
- Malestar general (cansancio, decaimiento sin ganas para trabajar, estudiar o jugar).
- Disnea (dificultad respiratoria)
- Expectoración con Sangre y Dolor Torácico.

- Enflaquecimiento.

En zonas de alta incidencia se presenta, sobre todo, en adolescentes y adultos jóvenes sin signos de afectación pulmonar. El pronóstico a corto plazo es excelente, con una remisión completa en el 90 por ciento de los casos en unos meses. Pero sin tratamiento recidiría en el 65% de los casos en 5 años.

En zona de más baja incidencia, un número alto de casos se presenta en enfermos mayores con afectación parenquimatosa concomitante. El derrame suele ser un exudado. El recuento de células suele estar entre 500 y 2.500, de predominio linfocítico, aunque hasta en un 15 por ciento puede predominar el polimorfo nuclear. En punciones repetidas se observa un desplazamiento hacia los linfocitos. El pH suele ser de 7,3 o menos.

La elevación de los niveles de adenosin de aminasa (ADA) en el líquido pleural tiene su utilidad diagnóstica. Cifras mayores de 40 UI tienen una sensibilidad y una especificidad muy altas. La baciloscopia raramente es positiva, y el cultivo será positivo en un 25 por ciento de los casos. La biopsia pleural puede demostrar granulomas en un 75 por ciento de las muestras. Con el tratamiento tuberculostático raramente es necesario recurrir a toracocentesis repetidas para su curación.

2.5.10.- Principales Causas de la Enfermedad.

La enfermedad se propaga a través del aire mediante pequeñas gotitas de secreciones de la tos ó estornudos de personas infectadas con mycobacterium tuberculosis. Por contacto frecuente, familia, o una convivencia con personas infectadas.

Por contacto esporádico en la calle, una vez que la bacteria se introduce en el pulmón se forma un granuloma que es la infección primaria de la tuberculosis, este proceso no produce síntomas.

De una persona enferma a una sana, la infección produce una diseminación del bacilo a través de los vasos del sistema linfático hasta los ganglios linfáticos. A veces al llegar a ellos las bacterias penetran en la sangre y se propagan a otra parte del cuerpo; en algunas personas las bacterias pasan a un estado de latencia en los pulmones y otros órganos, para reactivarse muchos años después produciendo un daño progresivo (Por ej. Cavidades en los pulmones)

2.5.2.- Tuberculosis Extrapulmonar

2.5.2.1.-Tuberculosis del sistema nervioso central

La alteración del comportamiento, la cefalea y las convulsiones son, a menudo, los síntomas de la meningitis tuberculosa. Pero el espectro clínico es muy amplio, y varía desde cefaleas crónicas o alteraciones sutiles del comportamiento, hasta una meningitis aguda que puede progresar rápidamente al coma. La fiebre puede estar ausente. En las tres cuartas partes de los casos habrá evidencia de tuberculosis extrameningea.

La afectación meníngea es más importante a nivel de la base del cerebro, por lo que pueden verse afectados los pares craneales. Igualmente, puede haber vasculitis de las arterias focales que pueden dar lugar a aneurismas e infartos hemorrágicos locales. La afectación de los vasos perforantes de los ganglios basales y de la protuberancia dará lugar a alteración de los movimientos e infartos lagunares. Cuando se comprometen las ramas de la arteria cerebral media puede existir una hemiparesia o hemiplejia.

La meningitis es frecuente en los niños pequeños como una complicación temprana de una primoinfección, pero puede verse en cualquier grupo de edad. El LCR se caracteriza por un contenido bajo de glucosa, proteínas elevadas, aumento del número de células (de predominio mononuclear) y el no crecimiento de los patógenos habituales productores de meningitis. No siempre va a existir una prueba del Mantoux positiva.

2.5.2.2.- Linfadenitis tuberculosa

Es la forma más frecuente de tuberculosis extra pulmonar. Puede afectar a cualquier ganglio linfático del organismo. La afectación de ganglios periféricos en enfermos inmunocompetentes va a ser generalmente unilateral y principalmente en la región cervical, sobre todo, los ganglios del borde superior del músculo esternocleidomastoideo. Suele manifestarse como una masa indolora eritematosa de consistencia firme. Los niños, a menudo, presentan una infección primaria concomitante, pero en adultos generalmente no existen indicios de tuberculosis extra ganglionar ni síntomas sistémicos. A veces puede ocurrir un drenaje espontáneo.

2.5.2.3.- Tuberculosis genitourinaria

Como hemos mencionado, el riñón es uno de los órganos más frecuentemente afectado por la tuberculosis. El 25 por ciento de los casos de tuberculosis miliar van a presentar urocultivos positivos. Igualmente, en un 5-10 por ciento de pacientes con tuberculosis pulmonar que por lo demás no presentan sintomatología urinaria e incluso tienen pielografía normal, los urocultivos son positivos. Esta cifra es aún más alta en los enfermos VIH.

La tuberculosis genital en los hombres se asocia en un 80 por ciento de los casos con afectación también renal, de forma que sería secundaria a ésta. Puede haber afectación de la próstata, las vesículas seminales, el epidídimo y los testículos. Puede manifestarse como una lesión ocupante del escroto que a veces es dolorosa, o como un tracto fistuloso de drenaje.

2.5.2.4.- Tuberculosis gastrointestinal

Puede afectar a cualquier parte del tracto digestivo desde la boca al ano. Suele aparecer como consecuencia de la deglución de secreciones respiratorias. Sin embargo, sólo en el 25 por ciento de los casos hoy en día se encuentran indicios radiológicos de tuberculosis pulmonar activa o pasada, de forma que el diagnóstico se lleva a cabo como consecuencia de una laparotomía exploradora.

El área más frecuentemente afectada es la ileocecal, y se manifiesta con diarrea, anorexia, obstrucción y a veces hemorragia. A menudo hay una masa ocupante palpable. En su diagnóstico, a veces, se confundirá con el carcinoma y con la enfermedad inflamatoria intestinal. La tuberculosis es la causa más frecuente de hepatitis granulomatosa. Ésta raramente se presenta aislada, y suele verse en el seno de una tuberculosis diseminada.

2.5.2.5.- Peritonitis tuberculosa

Es consecuencia de la diseminación desde un foco tuberculoso vecino, como un ganglio mesentérico, tuberculosis gastrointestinal, un foco genitourinario, o de la diseminación de una tuberculosis miliar. La presentación suele ser insidiosa y a veces se confunde con la cirrosis hepática en los enfermos

alcohólicos. Puede haber ascitis, fiebre, dolor abdominal y pérdida de peso. A veces se palpa una masa abdominal.

Menos frecuentemente se presenta de forma aguda simulando una peritonitis aguda bacteriana. El líquido suele ser un exudado que, por lo general, contiene entre 500 y 2.000 células de predominio linfocítico. La tinción raramente es positiva, y los cultivos sólo son positivos en el 25 por ciento de los casos (el rendimiento aumenta remitiendo al laboratorio gran cantidad de líquido). La determinación de la actividad de la adenosina desaminasa en el líquido ascítico presenta una sensibilidad del 86 por ciento y una especificidad del 100 por ciento. Para el diagnóstico puede ser necesario acudir a la biopsia quirúrgica.

2.5.2.6.- Pericarditis tuberculosa

Es una afectación poco común, pero dada su gravedad, es necesario un diagnóstico y tratamiento precoz. La mayoría de los pacientes tienen afectación pulmonar extensa, y suele haber pleuritis concomitante. El origen puede estar en un foco contiguo de infección como los ganglios linfáticos mediastínicos o hiliares. La instauración de la clínica puede ser brusca, semejante a la de una pericarditis aguda, o solapada como una insuficiencia cardíaca congestiva.

La ecografía muestra la presencia de derrame y puede mostrar loculaciones múltiples sugestivas de tuberculosis.

En caso de compromiso hemodinámico puede estar indicada la pericardiocentesis. Si el cuadro no mejora en 2-3 semanas es posible crear una ventana pericárdicasubxifoidea. Aparte del tratamiento quimioterápico, la utilización de corticoides a altas dosis puede estar indicada, asociándose a una reducción de la mortalidad.

2.5.2.7.- Tuberculosis miliar

Existe confusión sobre el término miliar asociado a la tuberculosis. Inicialmente, se utilizó para describir las lesiones patológicas, que se asemejan a las semillas de mijo. La tuberculosis miliar aguda en la época preantibiótica era con frecuencia una consecuencia temprana de la primoinfección en los niños, o menos frecuentemente en los adultos jóvenes. Se presenta como una enfermedad aguda o subaguda severa, con fiebre alta intermitente, sudoración nocturna y en ocasiones temblores.

El cuadro clínico de la tuberculosis no reactiva es el de una sepsis fulminante, asociada a esplenomegalia y a menudo un aspecto "apolillado" difuso en la radiografía de tórax. Suele asociarse también a alteraciones hematológicas importantes. Afecta invariablemente a hígado, bazo, y a veces médula ósea, pulmones y riñones.

2.5.2.8.- Tuberculosis ocular

La tuberculosis puede afectar a cualquier parte del ojo. Las manifestaciones más frecuentes son la uveítis y coriorretinitis. La queratitis flictenular es muy sugestiva de tuberculosis y puede servir de diagnóstico diferencial con la sarcoidosis, de las que clínicamente es difícil de diferenciar¹¹.

¹¹ Documento de Consenso sobre la Prevención y Control de la Tuberculosis en España. Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias de La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Med Clin (Barc) 1999; 113: 710-715.

2.5.3.- Métodos De Diagnósticos

2.5.3.1.- Hemograma

En la enfermedad de larga evolución se observa con frecuencia una anemia con las características de los trastornos crónicos. La cifra de leucocitos suele ser normal o ligeramente elevada. Los monocitos, que clásicamente se ha descrito como asociada a la tuberculosis, sólo se observa en menos de un 10 por ciento de los casos. Alteraciones hematológicas graves se pueden observar en el seno de una tuberculosis miliar como se ha explicado: leucopenia, trombopenia, anemia refractaria, reacciones leucemoides etc., pero no es lo esperable.

2.5.3.2.- Analítica

En los casos evolucionados puede existir hipoalbuminemia. Puede existir hiponatremia en el seno de un síndrome de secreción inadecuada de ADH, más frecuente cuando existe afectación meníngea, aunque puede aparecer por la sola afectación pulmonar. En casos excepcionales, pero importantes por su gravedad, esta hiponatremia se puede deber a una enfermedad de Addison.

2.5.3.3.- Radiología

2.5.3.3.1.- Radiografía de tórax

En la primoinfección tuberculosa, es típica la aparición de un infiltrado en las regiones medias del pulmón, por ser éstas las mejor ventiladas. Es posible ver un ensanchamiento hilar y mediastínico por agrandamiento de los ganglios. Las lesiones primarias curadas pueden dejar un nódulo

periférico calcificado, que, junto con un ganglio hilar calcificado es lo que se conoce clásicamente como Complejo de Ghon.

En la tuberculosis de reactivación, la imagen radiológica más frecuente es la aparición de un infiltrado en los segmentos apicales de los lóbulos superiores, y en los segmentos superiores de los lóbulos inferiores. Además del infiltrado, puede aparecer cavitación. A veces, la imagen es más clara en una proyección lordótica, que facilita la visión de imágenes que pueden estar ocultas por la confluencia de las primeras costillas y la clavícula. Cuando existe diseminación broncógena, se puede observar un imagen más extensa, con patrón destructivo.

Como hemos comentado, el hallazgo de adenopatías retro peritoneales o mediastínicas con centro hipodenso y realce del contraste, son muy sugestivas de tuberculosis. La RMN del sistema nervioso central puede ayudar al diagnóstico de meningitis tuberculosa, donde se observa con frecuencia una captación de contraste en la base del cráneo. También puede poner de manifiesto la existencia de infartos cerebrales, así como la existencia de tuberculomas (más frecuentes en VIH). Igualmente la RMN tiene una mayor resolución para hallar y determinar el alcance de las lesiones en la columna vertebral, así como de los abscesos paravertebrales.

2.5.3.4.- Bacteriología de la Tuberculosis.

La investigación bacteriológica en tuberculosis comprende la realización de baciloscopios, cultivos de *Mycobacterium tuberculosis*, prueba de sensibilidad y de tipificación de la micobacteria.

En los laboratorios se debe recibir y procesar muestra, sin excepción, conservando las medidas de bioseguridad.

2.5.3.5.- Baciloscopia.

Es la herramienta fundamental rutinaria para el diagnóstico de la tuberculosis y para el seguimiento del tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar. El examen directo de esputo (baciloscopia), tiene una mayor confiabilidad diagnóstica (especificidad del 98%) y capacidad de detección (sensibilidad del 60-80%) que el criterio clínico y radiológico¹².

2.5.4.- Prevención De La Tuberculosis

La prevención es el conjunto de intervenciones que realiza el Programa Nacional de Control de Tuberculosis con la finalidad de evitar la infección por TB, y en caso de que está se produzca, evitar el paso de infección a enfermedad. La prevención está dirigida a evitar la diseminación del bacilo de koch en la comunidad.

Las medidas preventivas son:

- Evitar el contagio.
- Eliminar las fuentes de infección presente en la comunidad a través de la detección.

¹² Marciniuk DD, McNab BD, Martin W. Detection of Pulmonary Tuberculosis In Patients with a Normal Chest Radiograph. Chest 1999; 115: 445-452.

- Diagnostico precoz y tratamiento "supervisado en boca", de los casos de TBP Bk (+); cuando se diagnostica y trata oportunamente a un enfermo con tuberculosis pulmonar BK (+), se evita que diez a veinte personas entre la familia y la comunidad se infectan anualmente.

2.5.4.1.- Vacunación BCG.

La vacuna BCG (Bacilo de Calmete- Guarán), es una vacuna viva y atenuada, obtenida originalmente a partir del mycobacterium bovis. Su aplicación tiene como objetivo provocar respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosa post- infección primaria. La vacuna BCG se aplicara gratuitamente a los recién nacidos. Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de TB infantil especialmente la meningitis tuberculosa.

2.5.4.2.- Control de Contactos.

Contactos son las personas que conviven o mantienen una estrecha relación (labor, escolar, etc.) con el enfermo de tuberculosis pulmonar. El control de contactos tiene por objetivo detectar casos de tuberculosis entre los contactos y prevenir el riesgo de enfermar.

2.5.4.3.- Detección de Casos.

Es la actividad de salud orientada a identificar precozmente a las personas enfermas con tuberculosis. Se realizará permanentemente a través de la identificación y examen inmediato de las personas con tos y

catarro por más de 15 días que por cualquier causa acuden buscando atención en los servicios generales de salud.

Para obtener éxito de la detección es indispensable garantizar una buena calidad de atención y proyectar buena imagen institucional en la comunidad ofreciéndoles:

- Horario de atención regular.
- Información adecuada.
- Buen trato.
- Respeto a la intimidad del paciente (con fidelidad y respeto a su derecho).

2.5.4.4.- Abandono Recuperado

Paciente que habiendo interrumpido el tratamiento durante uno o más meses, reingresa al PCT del establecimiento de Salud, iniciando nuevamente un tratamiento antituberculoso y recibe medicamentos empezando con la primera dosis.

2.5.4.5.- Fracaso

Paciente con esquema acortado o de retratamiento que mantiene baciloscopia positivas o que a partir del 4to mes de retratamiento vuelve a tener baciloscopia positivas. No hay fracaso sin cultivo positivo.

2.5.4.6.- Crítico

Paciente que sigue presentando o vuelve a presentar baciloscopías positivas tras haber terminado un régimen de retratamiento supervisado. Los casos crónicos han recibido por lo menos dos ciclos de fármacos y a veces más de dos ciclos (completo o incompleto). Por lo general, aunque no siempre, los casos crónicos excretan bacilos resistentes (la tasa de resistencia adquiridas es muy alta en este grupo de enfermos) y a menudo eliminan bacilos multirresistentes para determinar la gravedad de la enfermedad de la tuberculosis pulmonar y por tanto el tratamiento apropiado, se tiene en cuenta la carga bacilar, la extensión de la enfermedad y la localización.

2.5.5.- Principales indicadores epidemiológicos

Para cuantificar la magnitud y la evolución temporal de la endemia tuberculosa en una determinada población o área geográfica se utilizan una serie de parámetros epidemiológicos, siendo los más importantes los siguientes:

Tasa de incidencia anual: es el número de casos nuevos o recidivas de enfermedad tuberculosa que aparecen en un año y que se expresa generalmente por 100.000 habitantes.

Tasa de incidencia anual de Bacilíferos: es el número de casos nuevos o recidivas de enfermedad tuberculosa con baciloscopia en esputo positiva, expresada por 100.000 habitantes. Este dato es de particular relevancia al corresponderse con las fuentes de infección.

Tasa de prevalencia: es el número de casos de enfermedad tuberculosa en un momento dado expresado por 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad anual: es el número de fallecimientos por TB expresados por 100.000 habitantes en un año. Desde el advenimiento de la quimioterapia antituberculosa no se considera un buen parámetro para estimar la evolución de la enfermedad pero sirve para llamar la atención sobre su trascendencia vital en muchas regiones del mundo.

Letalidad: es el número de fallecimientos por 100 casos de enfermedad tuberculosa. Tomando en cuenta las estimaciones de la OMS para el año 2005, todavía nos encontramos con una letalidad global del 18%, oscilando desde un 14% en algunas regiones OMS de Europa y América hasta más del 20% en África y Europa del este.

Prevalencia de infección tuberculosa latente: es el número de reactantes a la intradermorreacción tuberculínica expresado en %.

Riesgo anual de infección: expresa el porcentaje de la población que será infectado (o reinfectado) en el curso de un año. Son muchos los condicionantes que influyen en su cálculo por lo que los datos obtenidos a partir de este parámetro deben ser tomados con cautela y habitualmente no suele recomendarse su utilización⁴.

Algunas definiciones de utilidad epidemiológica son las siguientes:

País de baja incidencia de tuberculosis: es aquel con una tasa de incidencia menor de 10 casos por 100.000 habitantes y año y declinando.

Eliminación de tuberculosis: se considera que un área geográfica ha alcanzado esta situación epidemiológica cuando existe menos de 1 caso bacilífero por millón de habitantes y año.

Grupo de alto riesgo: es aquél con más de 100 casos por 100.000 individuos y año.

2.5.6.- Programa de Control de Tuberculosis del Ecuador

El Ministerio de Salud Pública ha definido al Programa de Control de la Tuberculosis como de magnitud nacional, descentralizada, simplificada y prioritaria, que se ejecuta desde el nivel local involucrando a todos los establecimientos del sector salud.

Misión

El Programa de Control de la Tuberculosis tiene la misión de asegurar la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y observado de esta enfermedad, en todos los establecimientos de salud del país, brindando atención integral con personal altamente capacitado; cuya finalidad es disminuir la morbilidad, mortalidad y evitar la aparición de resistencia a las drogas antituberculosas.

Visión

El Programa de Control de la Tuberculosis garantizará a la población del Ecuador mejores condiciones de salud a través de una prestación de salud con

calidad, calidez, equidad, eficiencia y efectividad; lo que se reflejará en la disminución de la morbilidad y mortalidad por tuberculosis en el país en forma sistemática y sostenida.

Objetivo General

Establecer un control efectivo de la tuberculosis implementando la estrategia DOTS en todos los establecimientos de salud del país.

Objetivos Específicos

- Fortalecer el Modelo de Atención Integral de Salud.
- Garantizar el desarrollo de las actividades que permitan el control de la tuberculosis en todas las organizaciones y sus niveles, con el compromiso político pertinente.
- Garantizar el financiamiento público y de la cooperación nacional e internacional para el desarrollo de las actividades de control de la TB en forma sostenida, mediante acuerdos, convenios y proyectos especiales.
- Establecer alianzas públicas-privadas para el control de la tuberculosis en todo el Sistema Nacional de Salud, adoptando los estándares internacionales para la atención de los enfermos de tuberculosis.
- Participar activamente en los esfuerzos interinstitucionales encaminados a mejorar las políticas, los recursos humanos y financieros, así como la prestación de servicios y los sistemas de información.
- Empoderar al personal del PCT en todos sus niveles, en la filosofía del control epidemiológico de la TB.
- Mejorar la detección de casos, entre consultantes y acompañantes en todos los servicios de salud del MSP (hospitales, centros, Subcentro y

puestos de salud) y otras instituciones de salud, a través del examen baciloscopios del sintomático, respiratorio.

- Proporcionar tratamiento específico, gratuito y observado a todos los pacientes diagnosticados de tuberculosis sensible y tuberculosis multidrogosresistentes, a nivel hospitalario y ambulatorio.
- Fortalecer la adherencia al tratamiento antituberculoso para evitar abandonos y la resistencia a fármacos antituberculosos.
- Desarrollar un sistema eficaz de suministro y gestión de medicamentos.
- Fortalecer el sistema de información, vigilancias evaluación veraz, puntual y de calidad para la toma oportuna de decisiones.
- Coordinar con el P NS para el control de la co-morbilidad TB/VIH.
- Controlar la tuberculosis multidrogosresistentes mediante actividades de detección precoz, diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Controlar la TB en poblaciones de alto riesgo (prisiones, refugiados, etc.).
- Fortalecer las redes de médicos consultores en el nivel provincial y nacional.
- Realizar actividades de abogacía, comunicación y movilización social con participación de todos los sectores sociales involucrados.
- Facilitar la participación de los agentes comunitarios de salud y la comunidad para el apoyo en el control de la tuberculosis.
- Promover la participación activa del afectado de TB en actividades de abogacía y tratamiento contra la TB.
- Promover investigaciones operativas que permitan identificar factores existentes en el control de la enfermedad.
- Fortalecer los diversos componentes del PCT con los recursos provenientes de la cooperación internacional, en particular los del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.

Marco Legal

Decreto N° 1364 del 11 de diciembre de 1973, en que los hospitales y dispensarios de LEA se integran a los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, dando origen al PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS.

Acuerdo Ministerial N° 0371, publicado en el Registro Oficial N° 631 del 1 de agosto del 2002, mediante la cual se declara a la Tuberculosis una enfermedad de riesgo altamente contagiosa y de prioridad para la salud pública

La tuberculosis constituye un importante problema de salud pública en el Ecuador. La tendencia de la incidencia anual notificada en los últimos 10 años, caracterizada por un gran subregistro, se mantiene en niveles alrededor del 60 por 100.000 habitantes. De acuerdo a la evaluación del PCT realizada por consultores de la OPS nacionales e internacionales en el año de 1999, la tasa presentada de 43 por 100.000 para el año 2002 pudiera ser el doble, ubicando al Ecuador como uno de los países de situación más severa en las Américas.

Actividades específica del PCT

➤ Detección de casos

Es la actividad de salud pública cuyo objetivo principal es identificar precozmente a los enfermos con tuberculosis pulmonar BK + (forma contagiante), mediante la búsqueda permanente y sistemática de los sintomáticos respiratorios, principalmente entre los consultantes y acompañantes de los servicios de salud (públicos, privados, ONG, etc.).

Cabe mencionar que los pacientes con tuberculosis pulmonar BK + no son solamente los más contagiosos sino los más enfermos y con mayor mortalidad. De tal manera que el objetivo de la detección de casos es: iniciar el tratamiento correspondiente, en forma oportuna, para:

- Cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.
- Aliviar el sufrimiento humano.
- Prevenir la muerte de los enfermos.

Definiciones operacionales

Sintomático respiratorio (SR) es toda persona que presenta tos y flema por más de 15 días.

SR esperado: es el SR que el personal de salud espera detectar. Desde el punto de vista de la programación corresponde al 4% de todas las consultas en mayores de 15 años (primeras y subsecuentes, preventivas y de morbilidad) atendidas dentro del establecimiento de salud.

SR identificado: es el SR detectado por el personal de salud o agente comunitario e inscrito en el Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios.

SR examinado: es el SR identificado al que se le realiza por lo menos una baciloscopía de esputo.

A todo SR se le realizará dos bacilos copias de diagnóstico, considerando que el control de calidad tiene cobertura nacional y los porcentajes de discordancias es menor al 1%.

➤ **Organización y funcionamiento de la Red de Laboratorio para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis**

El laboratorio es parte integral y fundamental del PCT en los diferentes niveles. Es el principal instrumento del diagnóstico y control de la tuberculosis mediante técnicas de laboratorio y actividades operacionales y gerenciales.

La organización y el funcionamiento de la **Red de Laboratorios para el Diagnóstico Bacteriológico de la Tuberculosis** es responsabilidad del PCT y está conducido por el Departamento de Micobacterias del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical "Leopoldo Izquieta Pérez" (INHMT).

2.5.7.-Tratamiento de la Tuberculosis Simple.

El PCT basa su terapéutica de la tuberculosis en el tratamiento acortado estandarizado directamente observado, que consiste en un ciclo de tratamiento que dura aproximadamente seis u ocho meses, en el que se utiliza una combinación de 4 a 5 potentes fármacos antituberculosos: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomina.

Debido al beneficio que otorga a toda la sociedad la curación de un caso de tuberculosis en cuanto que previene la transmisión de la enfermedad, el Estado garantiza el acceso al tratamiento y gratuidad del mismo. Los medicamentos antituberculosos poseen las siguientes propiedades en grado diferentes:

La Isoniacida, rifampicina y pirazinamida.

Son los medicamentos bactericidas más potentes, activos contra todas las poblaciones de bacilos tuberculosos.

La Isoniacida (H)

Actúa sobre poblaciones de multiplicación continua.

La Rifampicina (R)

Interfiere en la duplicación del material genético del mycobacterium tuberculosis.

La Pirazinamida (Z).

Es activa en medio ácido contra los bacilos que se encuentran en el interior de los macrófagos.

La Isoniacida, rifampicina, y pirazinamida.

Pueden eliminar al bacilo en cualquier localización extra o intracelular, por esta razón se le conoce como el núcleo básico del tratamiento antituberculoso.

La Estreptomicina (S)

Tiene también propiedades bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilos tuberculosos, siendo activa contra los que se encuentran en fases de multiplicación extracelular rápida.

El Etambutol (E).

Es un fármaco bacteriostático que se asocia a medicamentos bactericidas más potentes para evitar la emergencia de bacilos resistentes.

Objetivo del Tratamiento.

- Curar al paciente de la tuberculosis.
- Evitar que el paciente fallezca de una tuberculosis activa o de sus complicaciones.
- Evitar las recaídas.
- Disminuir la transmisión de la tuberculosis a otras personas.
- Evitar la resistencia a medicamentos antituberculosos.

El Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar consiste en una combinación de medicamentos que se tomarán en dos fases.

Esquema 1

- Una fase inicial o primera fase que dura aproximadamente 2 meses (50 dosis), en la que los medicamentos se administrarán en forma diaria (por 5 días a la semana en establecimientos ambulatorios y 7 días a la semana en hospitalización) isoniácida, rifampicina, pirazinamida, y etambutol.
- Una fase de consolidación o segunda fase, de 4 meses (50 dosis), en la que los medicamentos se administrarán tres días a la semana, en forma intermitente: isoniácida, rifampicina,

Esta indicado para todos los casos nuevos, específicamente:

Casos nuevos con TB BK+

Tratamiento antituberculoso

Esquema uno: 2HRZE/4H₃R₃

Para pacientes con 50 Kg y más de peso

Duración: aproximadamente 6 meses (100 dosis)

Fases	Duración	Frecuencia	Medicamentos y dosis	Total por paciente
1 ^a	50 dosis aprox. 2 meses	Diario: 5 días por semana	Isoniacida + Rifampicina 2 tabletas* Pirazinamida x 500 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas	H x 150 mg + R x 300 mg = 200 tab. H x 100 mg = 150 tab.
2 ^a	50 dosis 4 meses	3 días por semana	Isoniacida + Rifampicina 2 tabletas* Isoniacida x 100 mg 3 tabletas	Z x 500 mg = 150 tab. E x 400 mg = 150 tab.

*Tabletas combinadas de isoniacida + rifampicina en una sola tableta.

Nota: En ambos esquemas, en enfermos con menos de 50 Kg de peso, tanto adultos como niños, la dosis de medicamentos se administra con relación al peso del paciente, de acuerdo con el cuadro 5.

El etambutol no debe administrarse a niños menores de 7 años por la dificultad para evaluar el efecto neurotóxico visual. La estreptomycin se usará en menores de 7 años con diagnóstico de meningitis TB o tuberculosis miliar, como medicamento alternativo al etambutol.

Cálculo de dosis en pacientes con peso menor de 50Kg

Tratamiento antituberculoso. Esquema uno

Posología en dosis diaria /5 días x semana)

Dosis	Rifampicina	Isoniacida	Pirazinamida	Etambutol
Dosis	100 mg/Kg	5 mg/kg	25 mg/Kg	15 mg/kg

diaria				
Dosis máxima	600 mg	300 mg	1.5 g	1.2 g

Nota: no usar etambutol en niños menores de 7 años. La estreptomicina se usará en menores de 7 años con diagnóstico de meningitis TB o tuberculosis miliar, como medicamento alternativo al etambutol

Esquema 2

- Fase inicial dura aproximadamente 3 meses: 2 meses (50 dosis), se administrara diariamente (5 dosis x semana) isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomicina. 1 mes (25 dosis), se administrara diariamente (5 dosis x semana) isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol.
- La fase de consolidación dura 5 meses (60 dosis), se administra 3 veces por semana: isoniacida, rifampicina, y etambutol.

El esquema 2 está indicado para los casos pulmonares o Extra pulmonares ante tratados, confirmados con baciloscopia (cultivo o histopatología), específicamente en: Recaídas, Abandonos recuperado, Otros.

Tratamiento antituberculoso

Esquema dos: 2HRZES-1HRZE/5H₃R₃E₃

Para pacientes con 50 Kg y más de peso

Duración: aproximadamente 8 meses (135 dosis)

Fase	Duración	Frecuencia	Medicamentos y dosis	Total por paciente
1ª	50 dosis aproximadamente 2 meses	Diario: 5 días por semana	Isoniacida + rifampicina 2 tabletas* Pirazinamida x 500 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas Estreptomicina 1 g	H x 150 mg + R x 300 mg = 270 tab. H x 100 mg = 180 tab.
	25 dosis aproximadamente 1 mes	Diario: 5 por semana	Isoniacida + rifampicina 2 tabletas* Pirazinamida x 500 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas	Z x 500 mg = 225 tab. E x 400 mg = 405 tab.
2ª	60 dosis 5 meses	3 días por semana	Isoniacida + rifampicina 2 tabletas* Isoniacida x 100 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas	S x 1 g = 50 amp.

Nota: En enfermos con menos de 50 Kg de peso, tanto adultos como niños, la dosis de medicamentos se administra en relación al peso del paciente, de acuerdo con la tabla 8.

El etambutol no debe administrarse a niños menores de 7 años por la dificultad para evaluar el efecto neurotóxico visual. En mujeres embarazadas no utilizar estreptomicina por su toxicidad sobre el feto.

2.5.8.- Tratamiento de la Tuberculosis Multidrogos Resistentes.

El tratamiento para TB MDR se realizara de dos fases: la primera consiste en la administración de un inyectable hasta cuatro meses después de su primera negativización y fármacos por vía oral por seis meses (156 tomas). En la segunda fase, se administrara fármacos antituberculosos por vía oral por 18 meses (468). Durante la primera fase, siempre y cuando sea posible, sus condiciones clínicas y bajo criterio medico tratante y/o CTP. La segunda en forma ambulatoria, por 6 días a la semana en el área de salud o provincia respectiva.

- Los fármacos se administra seis días por semanas. Cuando sea posible, la pirazinamida, el etambutol y las fluorquinolonas deben ser dadas en una hora por días, por que los elevados nivel Séricos conseguidos en una sola dosis por día pueden ser más eficientes. La administración de una dosis por día es permitida para los otros fármacos de la segunda línea, dependiendo de la tolerancia del paciente. Sin embargo, la etionamida, cicloserina y PA tradicionalmente ha sido administrado en dosis fraccionadas durante el día.
- El tratamiento es directamente observado durante los 24 meses en el 100% de los casos y 100%de las dosis.
- La pirazinamida puede ser usada en un tratamiento completo si es considerada efectiva. Muchos pacientes con TB MDR tienen la inflamación crónica de los pulmones que teóricamente produce un ambiente acido en el cual la pirazinamida es activa.
- Cuando el paciente no acuden a tomar la medicación es necesario buscarlo en las primeras 48 horas siguientes en las direcciones registradas, utilizando los medios apropiados al contexto local.

MEDICAMENTOS	ABREVIATURAS
Kanamicina	Km
Capreomicina	Cm
Ofloxacin	Ofx
Levofloxacin	Lfx
Mosifloxacin	Mfx
Etionamida	Eto
Cicloserina	Cs
acido p	P
amino salicílico	AS

**RÉGIMEN DE TRATAMIENTO ESTANDARIZADO PARA TB MDR
6kmOfxEtoCsZE/18OfxETOcsZE.**

FASES	DURACION	FRECUENCIA	MEDICAMENTOS Y DOSIS.	TOTAL POR PACIENT
1.	6 meses (156 dosis)	Diarias(6 días)	Kanamicina 1gr día IM o IV Etionamida 250 mg 3 tab. VO Levofloxamida 250mg 3 tab. VO Cicloserina 250mg 3 tab. VO Pirazinamida 500mg. 3 tab. VO Etambutol 400mg 3 tab. VO	Kanamicina 1 gr (156 amp) Etionamida 250 mg (1872 tab.) Levofloxacin 250 mg (1872 tab) Cicloserina 250 mg (1872 tab.) Pirazinamida 500mg (1872tab.) Etambutol 400mg (1872 tab.)

2	18 meses (468 dosis)	Diarias(6días)	Etionamida 250 mg 3 tab. VO Levofloxacin 250 mg 3 tab. VO Cicloserina 250 mg 3 tab. VO pirazinamida 500 mg 3 tab. VO Etambutol 400 mg 3 tab. VO	
---	-------------------------	--------------------	--	--

2.5.9.- Estrategia DOTS (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado)

Desde 1998 el Ministerio de Salud Pública ha dado prioridad a la tuberculosis como un problema de salud, adoptando la estrategia DOTS (DirectlyObservedTreatment Short-Course, que significa en español Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) para el control de tuberculosis y garantizando la compra de medicamentos e insumos básicos del Programa de Control de la Tuberculosis (PCT)

El PCT nacional ha identificado la situación actual, de la tuberculosis en el país, por ello ha venido trabajando e integrando esfuerzos para extender la cobertura de la estrategia DOTS, pero es necesario profundizar esfuerzos para focalizar intervenciones que disminuyan las brechas de acceso especialmente las económicas, identificar los grupos vulnerables para llegar con acciones integrales y de apoyo a través del buen manejo del DOTS de calidad, gratuidad del tratamiento, exámenes de diagnóstico, en el futuro será necesario incorporar otras estrategias que promuevan la seguridad alimentaria de la población afectada por tuberculosis.

Las acciones integrales se refieren a la detección de casos, captación y tratamiento oportuno y continuo a pacientes con TB, ampliación de estrategias

de cooperación mediante la captación de pacientes con búsqueda activa realizada por otros proveedores de salud.

En las áreas con DOTS la tasa de curación (Un paciente curado es un paciente que ha presentado por lo menos dos baciloscopías negativas: una al terminar el tratamiento y otra en una oportunidad anterior) llega hasta el 80%, de los pacientes detectados.

Una vez implementada la Estrategia DOTS en la mayoría de las Áreas de Salud del país, el Ministerio de Salud elaboró un Plan Estratégico para el 2008 - 2015, basado en la misión y visión del programa, cuyo objetivo básico es contribuir a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), mediante intervenciones respaldadas con acciones dirigidas a la población pobre y vulnerable a esta enfermedad. Para ello han establecido intervenciones agrupadas en seis líneas estratégicas que están alineadas con la estrategia “Alto a la Tuberculosis”:

- Proseguir la expansión de un DOTS de calidad y mejorarlo.
- Hacer frente a la co-morbilidad tuberculosis/VIH, la tuberculosis multirresistente y otros problemas.
- Contribuir a fortalecer el sistema de salud.
- Involucrar a todo el personal de salud
- Empoderar a los afectados por tuberculosis y a las comunidades.
- Posibilitar y promover la realización de investigaciones.¹³

¹³ •MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR,(2005) Dirección Nacional de Epidemiología, Programa Nacional de control de la Tuberculosis, “Manual de normas para el control de la tuberculosis en Ecuador, Julio

2.5.10.- Problemas sociales que influyen en el tratamiento antituberculoso

Tabaco

El tabaco es la segunda mayor causa de muerte en todo el mundo. Actualmente produce la muerte de uno de cada 10 adultos. Se espera que el número de muertes anuales aumente hasta 8 millones en 2030.² El tabaquismo produce una amplia gama de trastornos y enfermedades mortales, como cáncer, enfermedades respiratorias y cardiopatías. Es el principal factor de riesgo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y del cáncer de pulmón. La exposición al humo de tabaco ajeno perjudica a la salud y empeora los problemas de salud previos, incluyendo las enfermedades respiratorias. Produce enfermedades como cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica y muerte cardíaca.

- Fumar está significativamente asociado con la infección de TB y el desarrollo de la enfermedad.
- La exposición al humo de tabaco se asocia significativamente con la enfermedad de TB, y con la infección de TB en niños y jóvenes.
- Hasta una de cada cinco muertes por TB se podría evitar si los pacientes no fueran fumadores.
- Se debe asesorar y ayudar con el abandono a los fumadores con TB.
- El asesoramiento para dejar de fumar se puede poner en práctica sin una formación detallada ni costosa.

Relación entre tabaquismo y tuberculosis

El tabaquismo se ha asociado a la tuberculosis desde 1918. Sin embargo, sólo se ha prestado una atención generalizada a esta asociación recientemente. La aparición de la tuberculosis supone dos transiciones diferentes: desde estar

expuesto a estar infectado; desde estar infectado hasta presentar la enfermedad. Estudios recientes han encontrado asociaciones entre el tabaquismo y muchos aspectos de la tuberculosis.

- Fumar y estar expuesto al humo de tabaco ajeno están significativamente asociados con la enfermedad de la tuberculosis.
- Fumar está asociado significativamente con la infección de tuberculosis. El número de cigarrillos fumados y la duración del tabaquismo también pueden influir en el riesgo de infección¹⁴.
- La exposición al humo de tabaco ajeno está asociada significativamente a la infección de tuberculosis en niños y jóvenes.
- Fumar está asociado a la recurrencia de la tuberculosis.
- Fumar está asociado con la mortalidad por tuberculosis.

Varios estudios han demostrado la necesidad de investigación para definir la relación entre tabaquismo y tuberculosis, incluyendo los tipos de producto del tabaco, dosis y duración del tabaquismo, y la exposición al humo de tabaco ajeno.

La importancia de dejar de fumar para los pacientes con tuberculosis

Se podría evitar hasta una de cada cinco muertes por tuberculosis si los pacientes no fueran fumadores. Los fumadores con tuberculosis deben recibir consejo y ayuda para dejar de fumar. Sin embargo, los profesionales de la salud que trabajan con pacientes con tuberculosis con frecuencia no han sido conscientes o no se han implicado en la provisión de servicios para dejar de fumar. Los profesionales deben aconsejar a los pacientes que dejar de fumar y evitar la exposición al humo de tabaco son importantes para controlar la

¹⁴<http://www.tobaccofreeunion.org/>

tuberculosis. Es posible poner en práctica el consejo para la cesación sin necesidad de una formación detallada o costosa. Intervenciones para dejar de fumar

Es posible que los profesionales de la salud no quieran incorporar el consejo breve para dejar de fumar a la asistencia que prestan a los pacientes con tuberculosis. Pueden pensar que no es su responsabilidad, o que no tienen experiencia. Por lo tanto, es importante que reciban formación y que sepan que su trabajo incluye el consejo breve para la cesación.

Recomendaciones para el tratamiento de los casos de tuberculosis

Cuando los profesionales de la salud ponen en práctica la estrategia de DOTS (tratamiento breve bajo observación directa) se recomienda el proceso siguiente:

- Registrar el tabaquismo (y cualquier exposición al humo de tabaco ajeno) cuando se registra a un paciente con tuberculosis
- Advertir a los pacientes que el consumo continuo de tabaco hará que el tratamiento sea menos eficaz. Aconsejarles que dejen de fumar y que eviten la exposición al humo de tabaco ajeno.
- Aconsejar a los pacientes sobre cómo dejar de fumar cuando inicien el tratamiento de la tuberculosis. Si no logran dejarlo, decirles que eviten exponer a otras personas al humo de su tabaco.
- Incluir seguimiento y apoyo para dejar de fumar en el monitoreo de los pacientes.
- Advertir a los pacientes curados que empezar a fumar de nuevo aumentaría el riesgo de reinfección y enfermedad.

Alcohol

Los investigadores señalan que “el riesgo de tuberculosis activa está sustancialmente elevado en las personas que beben más de 40 g de alcohol al día, y/o tienen un trastorno de abuso del alcohol. Esto puede deberse tanto al aumento del riesgo de infección relacionado con la mezcla de patrones sociales específicos asociados al alcoholismo, como a la influencia del propio alcohol y de las enfermedades relacionadas con el alcohol sobre el sistema inmunitario...Estos hallazgos tienen implicaciones sobre las estrategias globales de control de la TB, especialmente en los países donde una gran proporción de la TB puede atribuirse al abuso del alcohol”.

Las limitaciones de este estudio son, entre otras, el grado variable de mala clasificación de la exposición a través de los estudios; la subestimación del consumo de alcohol, sesgando los resultados en bastantes estudios; y el sesgo causado por los diferentes enfoques para la selección de los testigos en los estudios de casos y controles.¹⁵

Los revisores concluyen que “las futuras investigaciones sobre la asociación entre el abuso de alcohol y el riesgo de TB deberían determinar cuidadosamente tanto los potenciales efectos de confusión y la interacción entre el abuso de alcohol y otros factores de riesgo de la TB. También debería investigarse la posible diferencia en el riesgo de TB pulmonar frente a la TB no pulmonar. Además, se necesita comprender mejor los posibles mecanismos causales en lo que respecta al riesgo de infección y al riesgo del fracaso que conduce de la infección a la enfermedad”.

El alcoholismo NO PRODUCE tuberculosis, sino mas bien ESTA ASOCIADO o como decimos AUMENTA EL RIESGO de padecerla. Por los mecanismos

¹⁵<http://www.medcenter.com/medscape>

descritos, posible disminución de defensas y aumento del contagio, el alcohólico TIENE MAS RIESGO de padecer de TBC. La cirrosis es de lejos la complicación más común del alcoholismo (en cuyo caso SI hablamos de causa por que el alcohol produce hepatitis alcohólica, la que luego puede convertirse en cirrosis

Droga

España es uno de los países industrializados con mayor índice de tuberculosis, especialmente entre los afectados por el VIH y los drogodependientes, pero la infección suele permanecer latente en la mayoría de los casos. La prueba in vivo tradicional, conocida como PPD, consiste en un test cutáneo que puede dar falsos positivos o falsos negativos. El presente estudio ha diagnosticado tuberculosis latente, gracias a dos nuevos métodos in vitro, entre la población drogodependiente del área metropolitana de Barcelona, mostrando un elevado porcentaje (42%) de afectados entre los pacientes que estaban bajo tratamiento de desintoxicación.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium Tuberculosis*. España está entre los países industrializados con mayores tasas de tuberculosis. Hay grupos con mayor riesgo de sufrir la enfermedad; entre ellos están los infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y los drogadictos, que a su vez también tienen mayor riesgo de infección por el VIH. No todos los individuos que se infectan por *Mycobacterium Tuberculosis* desarrollan tuberculosis, en la mayoría de los casos la infección permanece latente. En el control de la tuberculosis es necesario identificar y tratar la infección latente sobre todo en aquellos individuos que tienen más riesgo de desarrollar la enfermedad.

En la última década se han desarrollado nuevas técnicas de detección, en el laboratorio, de infección tuberculosa. Para su realización, una muestra de sangre se expone a antígenos específicos del patógeno (*Mycobacterium Tuberculosis*) y si el individuo está infectado se detecta la aparición de interferón- γ en la sangre. Existen 2 pruebas diferentes y ambas han demostrado su utilidad en la población general, sin embargo, hay poca información sobre su comportamiento en individuos inmunodeprimidos y en poblaciones con alto riesgo de tuberculosis como los drogadictos.¹⁶

El objetivo de este estudio fue diagnosticar infección tuberculosa latente en drogadictos asintomáticos, con y sin infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, a través de las nuevas técnicas de laboratorio mencionadas. A los pacientes que ingresaron para realizar un tratamiento de desintoxicación de alcohol, cocaína y/o opiáceos entre febrero de 2006 y mayo de 2007 se les practicaron las 2 pruebas de laboratorio y también el test cutáneo. Ninguno de los pacientes mostraba signos de tuberculosis activa aunque un porcentaje de ellos la habían tenido en el pasado.

2.5.11.- Rol del profesional de enfermería.

Cuidados

- Organización de la detección, diagnóstico y tratamiento de casos.
- Consejería al paciente y su familia.
- Visitas domiciliarias.

Enfermería en Ciencia y Arte.

- Organizar la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos.
- Educar a paciente y familia sobre su enfermedad.

¹⁶<http://www.uab.es/servlet/Satellite?>

- Continuar a la adherencia al tratamiento mediante una buena comunicación.
- Indagar sobre antecedentes de tratamiento previo.
- Identificar en el paciente conductas de riesgo, a fin de realizar un profundo trabajo de consejería.
- Realizar la visita domiciliaria para el seguimiento de los pacientes que no asisten a tomar la medicación en menos de 48 horas.
- Identificar, capacitar y supervisar a observadores (agentes comunitarios, líderes y otros) de tratamiento que no son miembros del personal de salud del establecimiento, de los cuales se responsabilizara la enfermera del PCT o al personal a quien deleguen.

Organización de la detección De Casos

La detección de SR en los establecimientos de salud es responsabilidad de todo el personal. Sin embargo, con fines operacionales, el personal de enfermería organizara esta actividad, para lo cual realizara acciones las siguientes Identificar y priorizar la detección de casos en las aéreas de mayores afluencias de usuarios al servicio de salud: preparación, consulta externa, hospitalización y emergencias.

- Junto al equipo de salud, adaptar el flujograma de detección del SR de acuerdo a la realidad local, tomando en cuenta todos y cada uno de los servicios existente en el establecimiento de salud.
- Contar con un libro de registro de sintomático respiratorio, formatos de solicitud para examen bacteriológico y envase para muestras de esputo.
- Identificar y adecuar un área para la recolección de muestras de esputo (ARM).

- Capacitar, sensibilizar y motivar al personal de salud para que identifiquen SR entre todos los consultantes y acompañantes del establecimiento de salud.
- El personal del PCT captado en DOST debe hacer réplicas de capacitación de corta duración (2—4 horas) dirigidas a todo el personal del establecimiento. Con énfasis en concepto e importancia de detectar SR, dando a conocer el flujo grama de detección del SR del establecimiento y el rol que desempeña cada uno de ellos (profesional/trabajador de la salud) en la detección.
- Para esta actividad se debe realizar el material educativo disponible del programa.
- Promoción y difusión de las actividades del PCT en todos los servicios del establecimiento de salud en forma intra y extramural.
- Colocar el material educativo e informativo que distribuyen en programas en lugares estratégicos del establecimiento, con particular énfasis en la zona de caso, y con el propósito mayores afluencias de usuarios.

Coordinar con el personal de salud la elaboración de material promocional con mensajes alusivos a la detección de casos, considerando la realidad local, así como los contenidos que pudieran discriminar al afectado por tuberculosis. Para el caso, y con el propósito de que los pacientes acompañantes lean, se entren y soliciten atención, se puede colocar afiches, muñecos, piñatas, etc. En la entrada de los establecimientos, pasillos y salas de espera con el lema: (Tos flema por más de 15 días puede ser tuberculosis) La información debe incluir el lugar de donde será atendido los pacientes y una simbología sencilla que conduzca al SR a la oficina del PCT o lugar asignado al programa. Es importante que el personal que realiza la capacitación conozca los elementos a considerar para educar adultos. Organizar campaña de educación en el servicio, mediante visitas todas las aéreas del establecimiento, para dialogar

con el personal de salud y difundir el mensaje que la detección de casos es tarea de todos.

Elaborar un cronograma de charlas sobre el control de TB en salas de espera, a la entrada de los establecimientos o en cualquier sitio de grandes afluencias de pacientes, incluidas las actividades en la comunidad, con la colaboración del equipo de salud y estudiantes de aéreas médicas y otros voluntarios capacitados.

Monitorear y supervisar el desarrollo de la actividad de detección de casos y monitorear mensualmente el cumplimiento del plan.

La detección de casos debe ser supervisada trimestralmente por el PCT del Área de Salud, en todos los servicios del establecimiento de salud y en todas las unidades de atención del área.

Calidad de atención en salud

La Calidad de Atención en Salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos -paciente, prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora.

Para el paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y

que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que, por eso mismo, da por hechos.

Para el prestador, sin desconocer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se soporta en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como credenciales y experiencia de los profesionales y tecnología disponible.

Para el pagador del servicio, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora.

El resumen anterior sirve para ilustrar cómo la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el actor del sistema de que se trate.

Es por lo anterior que los expertos (Donnabedian, Ruelas e Instituto de Medicina de los Estados Unidos) entienden y definen CALIDAD EN SALUD en términos de la sumatoria de los resultados de todas las dimensiones que la soportan.

De acuerdo con el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, la atención en salud debe ser: efectiva, oportuna, segura, eficiente, equitativa y centrada en el paciente.

Efectividad

A esta dimensión pertenecen características como el conocimiento y la experiencia técnica de los prestadores de salud, así como las habilidades para relacionarse y comunicarse de los profesionales entre sí y con los pacientes.

Oportunidad

Se refiere a que el paciente reciba atención en el momento en que lo requiere, de acuerdo con su situación clínica.

Seguridad

Toda intervención asistencial – preventiva, diagnóstica o terapéutica – debe ejecutarse sin causar lesiones adicionales que pueden evitarse. Los pacientes no deben ser lesionados por los cuidados que pretenden ayudarlos.

Eficiencia

El paciente debe recibir la atención, en el momento que la requiere y de manera segura, al menor costo posible y con los recursos disponibles. Los desperdicios deben evitarse, “incluyendo el de suministros, equipos, ideas y energía”

Equidad

La atención no debe variar en efectividad, oportunidad, seguridad y eficiencia por características como sexo, raza, creencias religiosas, ideología política, ubicación geográfica o nivel socioeconómico.

Atención centrada en el paciente

La atención debe ser respetuosa de las preferencias, necesidades y valores de los pacientes. Estos últimos deben guiar todas las decisiones clínicas.

Todas las dimensiones anteriores se sustentan en las competencias de los profesionales que prestan el servicio, es decir, en su idoneidad profesional y en sus calidades personales y humanas.

Entendido lo anterior, se hace evidente que una organización de salud que se comprometa con su comunidad a prestar servicios de alta calidad tiene que

gestionar todas y cada una de las dimensiones de la calidad esbozadas y demostrar, mediante indicadores confiables, es decir, válidos y precisos, que la atención brindada a sus usuarios cumple con ser efectiva, oportuna, segura, eficiente, equitativa y centrada en el paciente, y que su equipo humano es competente, tal como se definió.¹⁷

2.5.12.- Definición de Conceptos

- **1.- Abandono:** La inasistencia continuada del caso de Tuberculosis la Unidad de Salud por 15 días después de la última cita.
- **2.- Caso De Tuberculosis:** el paciente en quien se establece el diagnostico de la enfermedad clínicamente y se clasifica en confirmado y no confirmado por bacteriología o histopatología.
- **3.- Caso Nuevo:** el usuario con patología en quien se establece y se y se notifica por primera vez el diagnostico de tuberculosis.
- **4.- Contacto:** la persona que convive con un caso de tuberculosis.
- **5.- Curación:** el caso de tuberculosis que ha terminado el tratamiento primario, desaparecen los signos clínicos y tiene baciloscopia negativa en dos muestras mensuales tomadas en ocasiones sucesivas, así como en el caso en el que el término de su tratamiento regular, desaparecieron los signos clínicos y no expectora.
- **6.- Defunción por tuberculosis:** la tuberculosis inicia la serie de acontecimientos que llevan a la muerte.
- **7.- Fracaso:** la persistencia a partir del sexto mes de tratamiento regular. De bacilos en la expectoración o en otros especímenes de dos muestras mensuales sucesivas, confirmadas por cultivo.

¹⁷<http://www.cgh.org.co/temas/dimensionesdecalidad.php>

- **8.-Quimiopfilaxis primaria:** la administración de isoniacida con objeto de prevenir la complicación de la primo infección tuberculosa.
- **9.- Tratamiento auto administrado:** el que se aplica el paciente por sí mismo o vigilado por otra persona. Utilizando medicamentos que entrega la unidad de salud.
- **10.- Tratamiento primario:** el que se instituye por primera vez a un caso de tuberculosis.
- **11.- Tratamiento supervisado:** es el que se aplica en los establecimientos de salud proporcionado y vigilado por el personal que presta el servicio, garantizando la toma total de dosis del medicamento al enfermo tuberculoso.
- **12.- Vacunado por BCG:** la persona a quien se le ha aplicado la vacuna BCG y presenta una cicatriz atribuible a la vacuna en el sitio de inoculación.

2.5.13.- Glosario De Términos

- **ACMS:** Abogacía, Comunicación y Movilización Social.
- **ADA:** Adenosin desaminase.
- **Amk:** Amikacina
- **APP:** Alianzas Público Privadas
- **ARM:** Área de recolección de muestras
- **ARV:** Antirretrovirales
- **AVEIP:** Agente voluntario de Enlace Interinstitucional y Poblacional
- **BAAR:** Bacilo alcohol acido resistente
- **BCG:** Bacilo de Calmette y Guérin
- **BK:** Baciloscopia
- **BK+:** Baciloscopia positiva

- **BK—:** Baciloscopia negativa
- **CD4:** Recuento de linfocitos CD4 o porcentaje de CD4 del recuento total de linfocitos
- **Cfx:** Ciprofloxacina
- **CLV:** Comité luz verde
- **Cohorte:** Un grupo de pacientes diagnosticado y registrado para tratamiento durante un periodo específico de tiempo
- **CRS:** Centro de rehabilitación social
- **Cs:** cicloserina
- **CTP:** Comité Técnico Provincial TB MDR
- **CV:** Carga viral. Medición de la cantidad de virus presente en una VIH Muestra.
- **DDHH:** Derechos Humanos
- **DOTS:** Estrategia de tratamiento acortado directamente observado. Operacionalmente una persona entrenada observa a TB MDR
- **E1:** Esquema UNO de tratamiento antituberculoso
- **E2:** Esquema DOS de tratamiento antituberculoso
- **Eto:** Etionamida
- **GRANTS:** Proyecto de Investigación aceptado, presupuestado y con el aval de una organización
- **GRIESS:** Técnicas rápidas para detectar multidrogoresistencia
- **H:** Isoniacida
- **HR:** Isoniacida/rifampicina
- **IEC:** Información, Educación y Comunicación
- **IESS:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- **IFI:** Prueba confirmatoria de infección VIH por inmofluorescencia indirecta
- **INH:** Instituto Nacional de Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez"
- **Km:** Kanamicina

- **LBA:** Lavado Bronquio Alveolar
- **MODS:** Sensibilidad a drogas por observación microscópica técnica rápida, tanto para diagnostico como para detectar TBMDRP
- **MSP:** Ministerio de Salud Pública del Ecuador
- **MTB:** Meningitis tuberculosa
- **ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **ONG:** Organismo No Gubernamental
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **PCT:** Programa de Control de la Tuberculosis
- **PDS:** Prueba de Sensibilidad
- **PNS:** Programa Nacional del SIDA
- **POA:** Plan Operativo Anual
- **PPD:** Derivado Proteico Purificado
- **PPL:** Persona Privada de Libertad
- **PVVS:** Persona viviendo con VIH/SIDA
- **RAM:** Reacciones Adversas a los Medicamentos
- **S:** Estreptomicina
- **SIPCT:** Sistema de Información del Programa de Control de la Tuberculosis
- **SNS:** Sistema Nacional de la Salud
- **SR:** Sintomático Respiratorio
- **TARV:** Tratamiento Antirretroviral
- **TBPBK+:** Tuberculosis Pulmonar BK+
- **TBPBK—C—:** Tuberculosis Pulmonar BK-Cultivo Positivo
- **TBEP:** Tuberculosis Extra pulmonar BK-Cultivo Positivo
- **TBDR:** Tuberculosis Drogoresistente
- **TB MDR:** Tuberculosis Multidrogoresistente
- **TB XDR:** Tuberculosis Extremadamente Resistente

- **TPI:** Terapia Preventiva con Isoniacida
- **TSH:** Hormona estimulante de la Tiroides
- **LA UNION:** Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias
- **UO:** Unidad Operativa
- **URM:** Unidad Recolectora de Muestras
- **UTN TB MDR:** Unidad Técnica Nacional de TB MDR
- **UTP TB MDR:** Unidad Técnica Provincial de TB MDR
- **WB:** Virus de Inmunodeficiencia Humana
- **Z:** Pirazinamida

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.- MARCO METODOLÓGICO

3.1.-TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo y cualitativo, puesto que la intención es explicar una realidad, donde previa a la investigación se plantea el problema y los métodos. Siendo la observación de manifestaciones fenoménicas visibles y orientadas por la teoría, permitiendo a su vez el análisis e interpretación más exacta de los datos, aplicando fundamentalmente un análisis estadístico.

Además el presente trabajo de investigación es de tipo transversal comparativo, puesto que se realiza una medición en un punto en el tiempo en cada sujeto de estudio, y se indaga sobre la exposición y ocurrencia de los eventos una vez conformada la población de estudio, analizando las relaciones entre variables del fenómeno estudiado.

3.2.- UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1.- Universo: La población o universo a investigarse lo conforma: 31 pacientes con tuberculosis simple y multidrogoresistente, pertenecientes al Área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán desde el 2008 hasta el 2012

3.2.2.- Muestra: La muestra será la totalidad del universo, que lo conforman 31 pacientes que recibieron y abandonaron el tratamiento antituberculoso.

3.3.- DELIMITACIÓN TEMPORAL.

La investigación se ejecutó en el periodo de Enero a Julio del año 2012

3.4.- DELIMITACIÓN ESPACIAL.

- **Institución:** Área de Salud N° 1
- **Ubicación:**
 - Cantón: Tulcán
 - Provincia: Carchi
 - País: Ecuador

3.5.- DELIMITACIÓN DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Pacientes con tuberculosis pulmonar de la ciudad de Tulcán y pacientes adscritos a las diferentes unidades operativas del Área de Salud N° 1.

3.6.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL GRUPO CON ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO.

- Casos confirmados de tuberculosis pulmonar.
- Diagnosticados con baciloscopia.
- Con tratamiento acortado.

- Pacientes con tuberculosis pulmonar de población abierta, que radiquen en la ciudad de Tulcán y de las diferentes unidades operativas de esta ciudad.

3.7.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL GRUPO QUE ABANDONÓ EL TRATAMIENTO.

- Casos confirmados de tuberculosis pulmonar.
- Diagnosticados con baciloscopia.
- Que iniciaron y abandonaron el tratamiento acortado.
- Pacientes con tuberculosis pulmonar de población abierta, que radiquen en la ciudad de Tulcán y de las diferentes unidades operativas de esta ciudad.

3.8.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con tuberculosis extra pulmonar
- No ubicables por cambio de domicilio.
- Pacientes que salieron de la ciudad.

3.9.- TÉCNICAS

Se realizara encuestas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión a la ciudadanía de la ciudad de Tulcán para poder recoger la suficiente cantidad de datos y luego ser operacionalizados.

3.10.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuesta: Consiste en obtener información de los sujetos de estudios proporcionados por ellos mismo, sobre opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias. Hay dos maneras de obtener información: La entrevista y el Cuestionario. En la entrevista, las respuestas son formuladas verbalmente y se necesita del entrevistador; en el procedimiento denominado cuestionario, las respuestas son formuladas por escrito y no se requiere del entrevistador.

3.11.- VARIABLES DE ESTUDIO

3.11.1.- Variable Independiente

- a) Características socio demográficas del grupo de estudio
- b) Información del paciente sobre la tuberculosis.
- c) Apoyo familiar
- d) Años escolarizados
- e) Relación médico – paciente

3.11.2.- Variable Dependiente

- A) Abandono del tratamiento
- B) Adherencia al tratamiento.

3.12.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Indicador	Ítem	Método	Instrumento	Escala	Rango
	Información	1.- ¿sabe cómo se transmite? 2- ¿sabe que es curable? 3.- ¿sabe cuánto dura el tratamiento? 4.- ¿sabe que su familia o con las personas con las que convive se pueden contagiar?	Entrevista	Cuestionario estructurado	Nominal	SI - NO
	Escolaridad	1. - ¿sabe leer y escribir? 2. - ¿hasta qué año estudió?	Entrevista	Cuestionario estructurado	Nominal	SI – NO

Apego Y Abandono Al Tratamiento	Apoyo familiar	<p>1.- ¿cuando le comunico a su familia de su enfermedad fue rechazado?</p> <p>2.- ¿Cuándo se enteraron de su enfermedad le apoyaron?</p> <p>3.- ¿A su familia le fue indiferente su problema de salud?</p> <p>4.- ¿Quién de sus familias mostró mayor interés en su curación?</p> <p>5.- ¿alguien de su familia lo abandonó por su enfermedad?</p> <p>6.- ¿quién lo acompañó con mayor frecuencia a la unidad de salud para su consulta y</p>	Entrevista	Cuestionario estructurado	Nominal	SI - NO
--	-------------------	--	------------	------------------------------	---------	---------

		toma de medicamentos? 7.- ¿su familia lo apoya económicamente? 8.- ¿su familia lo anima para que no abandone el tratamiento?				
	Relación médico - paciente	1.- ¿su médico le explico de su padecimiento? 2.- ¿la explicación fue clara? 3.- ¿su médico le dijo que su enfermedad es curable? 4.- ¿su médico le explico cuánto dura el tratamiento? 5.- ¿el médico le explico del	Entrevista	Cuestionario estructurado	Nominal	SI – NO

		<p>apego al tratamiento?</p> <p>6.- ¿el médico le explico que el abandonar el tratamiento su curación será más difícil?</p> <p>7.- ¿el médico le informo de su enfermedad a su familia?</p> <p>8.- ¿el médico estudio a su familia para detectar a otros enfermos?</p> <p>9.- ¿quién del personal mostro mayor interés en su enfermedad y tratamiento?</p> <p>10.- ¿con cuál personal de salud sintió más confianza?</p>				<p>Médico</p> <p>Profesional de enfermería</p> <p>Trab. social</p>
		1.- ¿Por qué dejo el tratamiento?				

Tratamiento de tuberculosis	Apego y abandono al tratamiento	<p>2.-¿sintió mejoría?</p> <p>3.- ¿tuvo síntomas secundarios al tomar el tratamiento?</p> <p>4.- ¿pensó que era demasiado tiempo para el tratamiento?</p> <p>5.- ¿el personal de salud le informo que la baciloscopia de control fue negativa, por lo que considero que ya no era necesario continuar con el tratamiento?</p> <p>6.-¿última cita médica?</p> <p>7.- ¿está tomando el tratamiento desde entonces?</p>	Entrevista	Cuestionario estructurado	Nominal	SI - NO
------------------------------------	---------------------------------	--	------------	---------------------------	---------	---------

		<p>8.- ¿su actividad principal le impide cumplir el tratamiento?</p> <p>9.- ¿en su trabajo saben que usted padece de TB?</p> <p>10.- ¿su jefe le da facilidades para que asista a su tratamiento?</p>				
--	--	---	--	--	--	--

CAPITULO IV

4.- MARCO ADMINISTRATIVO

4.1.- Recursos Humanos

4.1.1.- Investigador: Edwin Javier González Estévez.

4.1.2.- Pacientes de la ciudad de Tulcán con tuberculosis pulmonar que se han adherido y abandonado el tratamiento

4.1.3.- Instituciones involucradas en el seguimiento del paciente.

4.1.4.- Familiares de los pacientes.

4.2.- Recursos Materiales

4.2.1.- Papel para encuestas.

4.2.1.- Lápices.

4.2.3.- Sistema de cómputo.

4.2.4.- Viáticos

4.2.5.- Cámara fotográfica.

4.2.6.- Accesorios de oficina

12.3.- Recursos Financieros

ITEMS	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Copias	0.02 ctvs	10000	20 usd
Internet (horas)	0.60 ctvs hora	60	36 usd
Transporte	10 usd	20	200 usd
Refrigerio	2 usd	20	40 usd
Impresión color	25 ctvs	500	50 usd
Impresión B/N	10 ctvs	10000	100 usd
Empastado de proyecto de tesis	40 usd	4	160 usd
CD	5 usd	4	20 usd
Imprevistos		100 usd	50 usd
Material didactico		100 usd	30 usd
TOTAL			

CAPITULO V

5.1.- PRESENTACIÓN, TABULACIÓN, REPRESENTACIÓN GRAFICA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados que hemos obtenido se los ha logrado a través de la investigación y recolección de datos a las diferentes personas a las cuales se les aplicó la encuesta con respecto al tema: “Factores Asociados a la adherencia y abandono al tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en las unidades operativas del área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán, durante el periodo de enero a julio del 2012”.

Los resultados obtenidos en el estudio proyecta la realidad que evidencia el Área de salud N°1 de la ciudad de Tulcán en relación a las causas de abandono y adherencia al tratamiento de pacientes tuberculosos.

La presentación y discusión de los resultados obtenidos en la investigación realizada, en base los resultados obtenidos de toda la población de tuberculosos a partir del 2008 hasta el año presente

Los resultados que se presentan a continuación fueron procesados utilizando los programas, Microsoft Excel, y Epi Info los cuales nos permitieron elaborar en forma ordenada las tablas de frecuencia, representación grafica, para determinar el respectivo análisis e interpretación de resultados obtenidos, enfatizando la prueba de validación aplicada en la etapa correspondiente contando con la apertura y apoyo del grupo de pacientes incluidos en este proceso investigativo, quienes lo hicieron de forma voluntaria y espontánea al abrir sus puertas para la realización de la encuesta planificada.

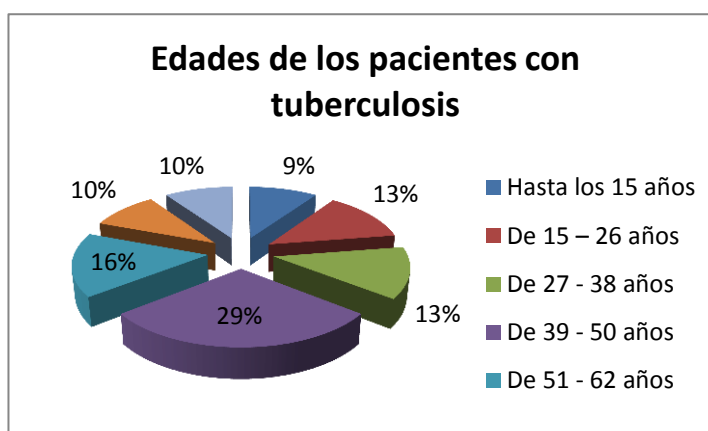
Encuesta dirigida a pacientes con tuberculosis pulmonar de las unidades operativas del Área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán que se adhieren y han abandonado el tratamiento antituberculoso.

5.1.1.- Distribución de resultados en relación a grupos de edad de pacientes con tuberculosis

Tabla N° 1

CATEGORÍA	N°	%
Hasta los 15 años	3	11
De 15 – 26 años	4	14
De 27 - 38 años	4	14
De 39 - 50 años	9	32
De 51 - 62 años	5	18
De 63 - 74 años	3	11
De 74 - 86 años	3	11
Total	31	100

Gráfico N° 1



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

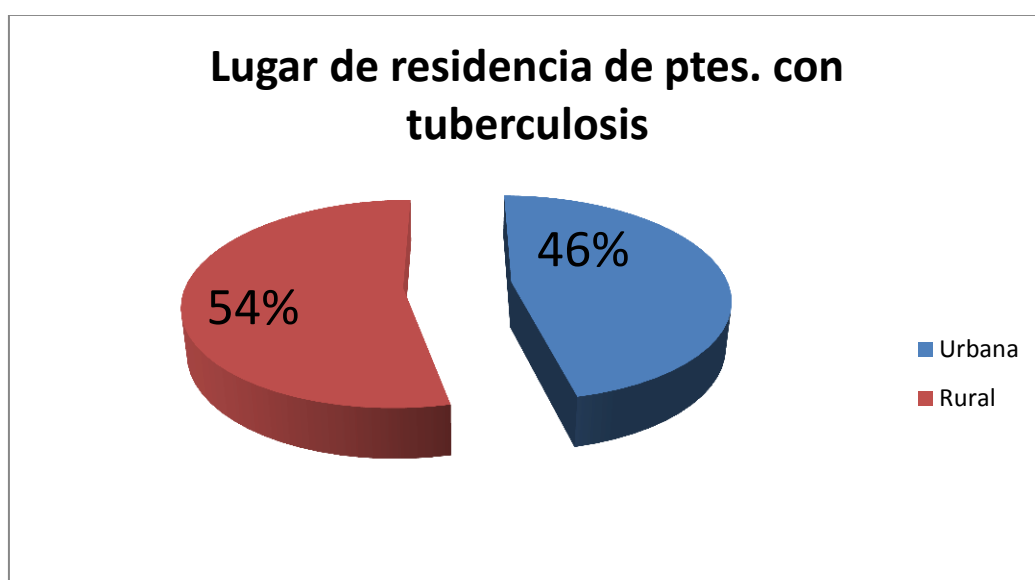
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS: de los resultados obtenidos se observa que la edad con mayor porcentaje de incidencia de tuberculosis se es el grupo de 39 – 50 años de edad, seguido del grupo 51 – 62 años con 18%, y de 27 – 38 años con 14%. esto significa que la edad de prevalencia de esta enfermedad se encuentra en personas mayores de 40 años, edad en la que el organismo empieza a disminuir sus defensas, haciéndose mas sensible a adquirir este tipo de enfermedades infecciosas.

8.1.2.- Distribución de resultados en relación al área de residencia de pacientes con tuberculosis

Tabla N°2

CATEGORÍA	N°	%
Urbana	14	46
Rural	17	54
TOTAL	31	100

GRAFICO N° 2



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

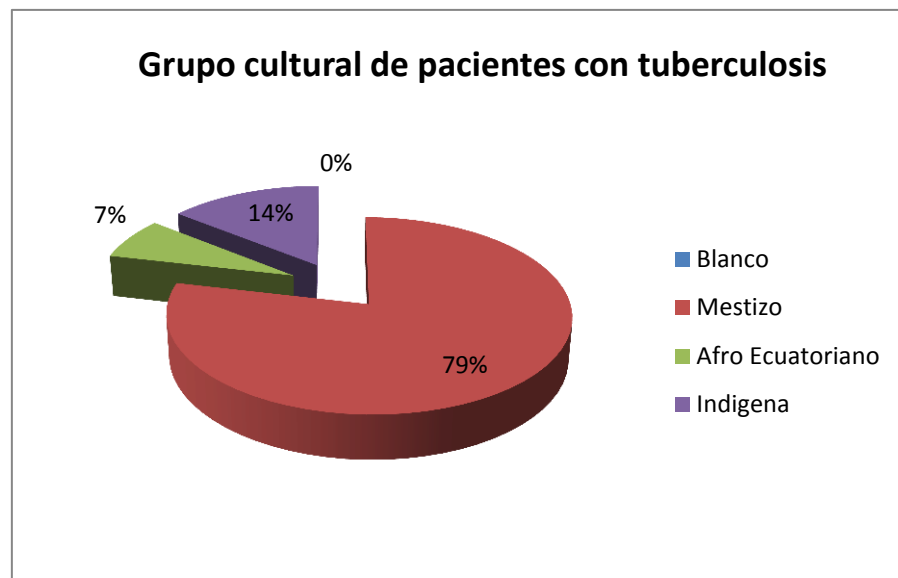
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS: Los resultado demuestran que el 54% de pacientes con tuberculosis residen en el área rural, y un 46% reside en el área urbana, lo que significa que la tuberculosis es más común en áreas marginadas, debido a las condiciones de vida que se caracterizan por la falta de servicios básicos, hacinamiento, nivel económico y cultural, haciendo más vulnerable a este tipo de pacientes a contraer la enfermedad.

8.1.3.- Distribución de resultados en relación al grupo étnico de pacientes con tuberculosis

Tabla N° 3

CATEGORÍA	N°	%
Blanco	0	0
Mestizo	24	79
Afro Ecuatoriano	2	7
Indígena	5	14
TOTAL	31	100

Gráfico N° 3



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

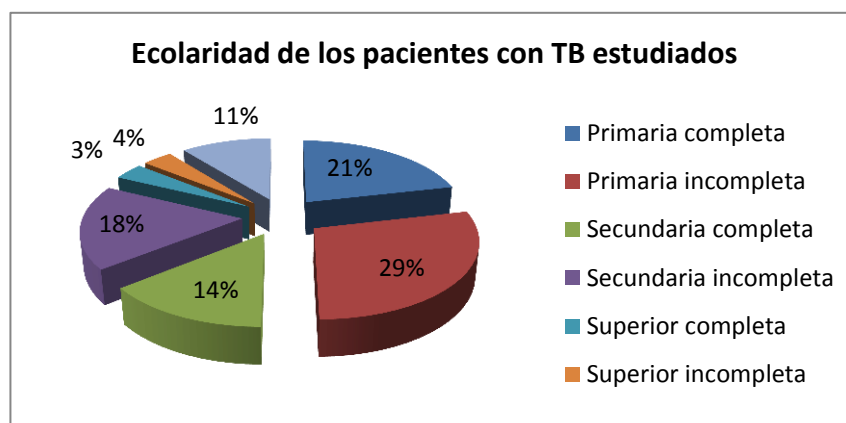
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS: los resultados demuestran que el grupo étnico más afectado en el estudio es el mestizo con un 79%, en los indígenas la tuberculosis se presenta en un 14% y apenas el 7% en el grupo Afro – Ecuatoriano; lo que significa que la tuberculosis no respeta a ningún grupo cultural; siendo la mayor población de la región la mestiza, la misma que se ve evidenciada en esta patología.

8.1.4.- Distribución de resultados en relación a la escolaridad de pacientes con tuberculosis

Tabla N°4

CATEGORÍA	N°	%
Primaria completa	6	21
Primaria incompleta	10	29
Secundaria completa	4	14
Secundaria incompleta	6	18
Superior completa	1	3
Superior incompleta	1	4
Ninguna	3	11
TOTAL	31	100

Gráfico N° 4



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

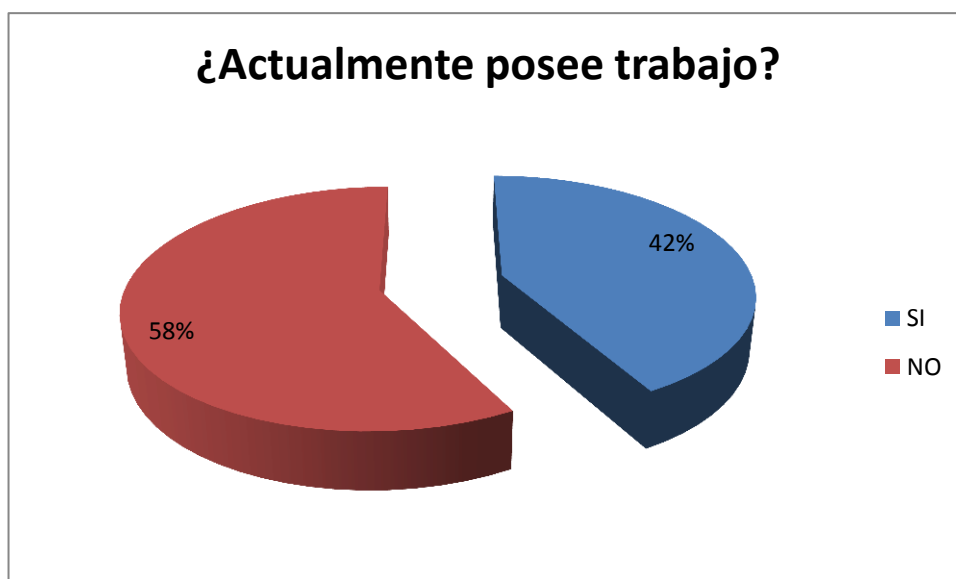
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS: los resultado demuestran que el 29% de pacientes con tuberculosis tienen secundaria incompleta; 21% primaria completa, y el 18% secundaria incompleta, lo que indica que el nivel educativo e intelectual del paciente es limitado, evitándole conocer la amplitud de su enfermedad, además privándole de un empleo estable y un buen ingreso económico.

8.1.5.-Distribución de resultados en relación a situación de trabajo de pacientes con tuberculosis

Tabla N°5

CATEGORÍA	N°	%
SI	13	42
NO	18	58
TOTAL	31	100

Gráfico N° 5



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

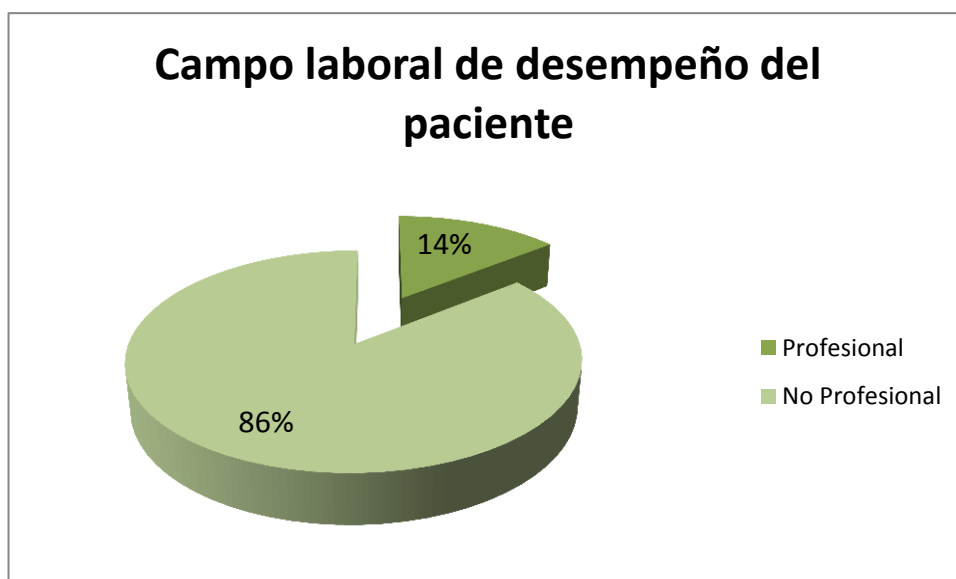
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS: Los resultados obtenidos demuestran que el 54% de pacientes encuestados se encuentran desempleados y el otro 46% posee un trabajo pero no es estable; evidenciando que las condiciones económicas del paciente sean un factor que determine los niveles educación, alimentación, vivienda, vestido y acceso a los servicios de salud.

8.1.6.-Distribución de resultados en relación a al campo laboral en el cual se desempeñan los pacientes con tuberculosis

Tabla N° 6

CATEGORÍA	N°	%
Profesional	4	54
No Profesional	27	46
TOTAL	31	100

Gráfico N° 6



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

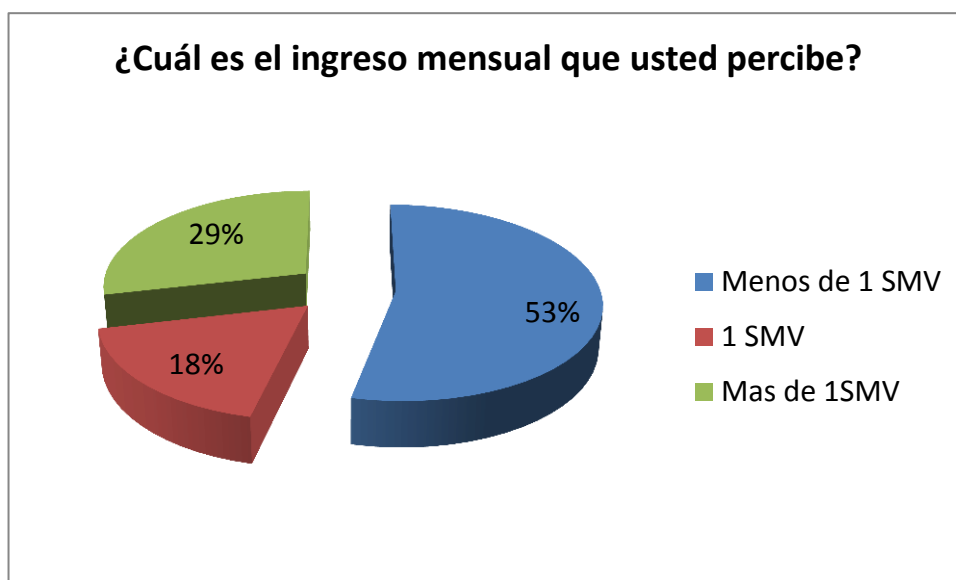
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS: los resultados demuestran que el 86% de los encuestados no poseen un trabajo profesional, mientras que el 14% restante tiene un trabajo profesional; lo que significa que la mayoría de ellos carece de un sueldo estable, lo que esta en relación con su nivel de formación.

8.1.7.- Distribución de resultados en relación al ingreso mensual que perciben los pacientes con tuberculosis

Tabla N° 7

CATEGORÍA	N°	%
Menos de 1 SMV	18	53
1 SMV	5	18
Mas de 1SMV	8	29
TOTAL	31	100

Gráfico N° 7



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

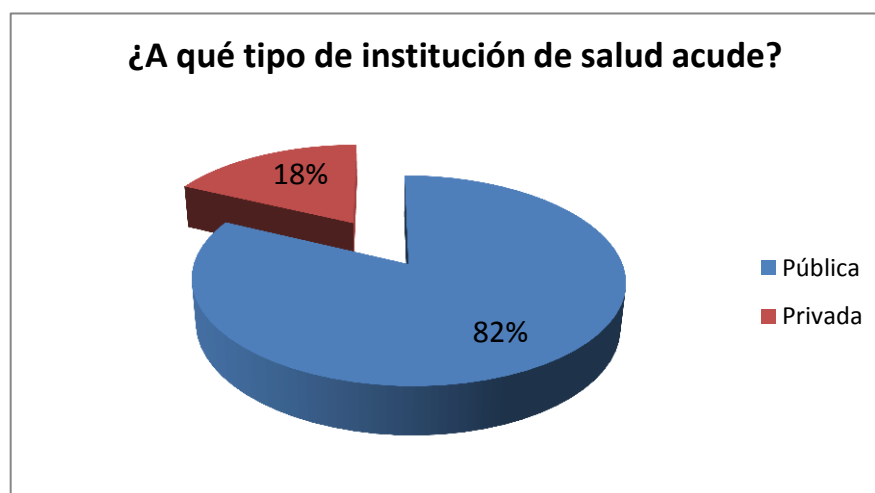
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Los resultados demuestran que el 53% de pacientes tiene un ingreso menor a 1 salario mínimo vital, el 29% posee un ingreso mayor a 1 salario mínimo vital, y el 18% apenas tiene un salario mínimo vital; evidenciando que la mayoría de pacientes tiene un limitado nivel económico, y a su vez limitadas oportunidades de mejorar su calidad de vida, en relación a satisfacer sus necesidades básicas.

8.1.8.-Distribución de resultados en relación al tipo de institución de salud a la cual acuden los pacientes con tuberculosis

Tabla N° 8

CATEGORÍA	N°	%
Pública	26	82
Privada	5	18
TOTAL	31	100

Gráfico N° 8



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

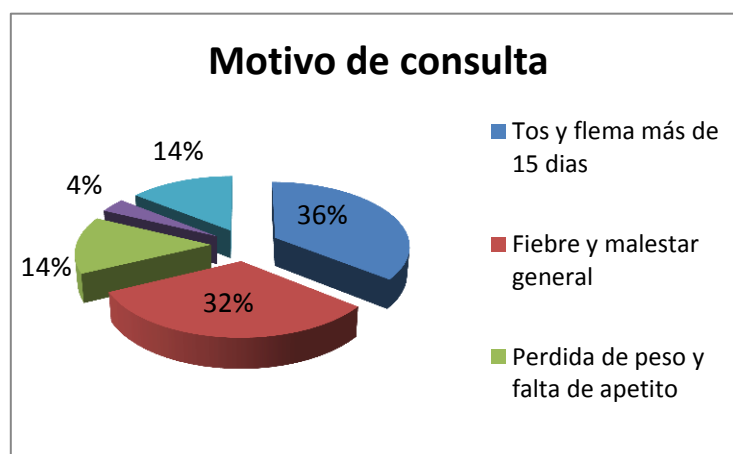
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: en los datos obtenidos observamos que el 82% acude a una institución de salud pública, y el 18% acude a una institución de salud privada; es decir que la mayoría de pacientes debido a su condición económica, opta por la gratuidad de la salud brindada en las instituciones públicas, pero el acceso a algunas unidades de salud es limitada debido al área geográfica y la accesibilidad a los servicios de salud.

8.1.9.-Distribución de resultados en relación al motivo por el cual acudió a una cita médica antes de enterarse de su enfermedad en los pacientes con tuberculosis

Tabla N° 9

CATEGORÍA	N°	%
Tos y flema más de 15 días	12	36
Fiebre y malestar general	10	32
Pérdida de peso y falta de apetito	4	14
Expectoración con sangre y dolor torácico	1	4
Otros	4	14
TOTAL	31	100

Gráfico N° 9



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

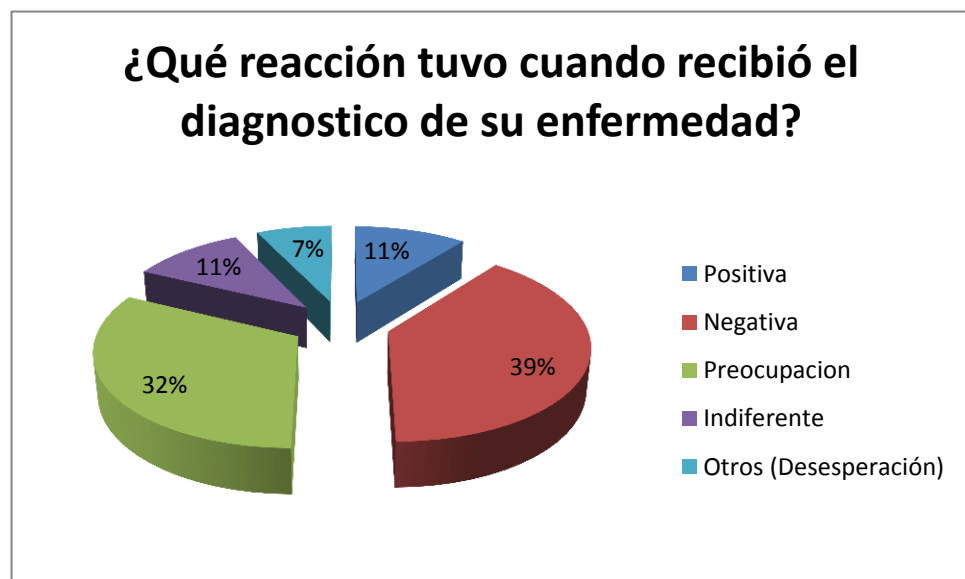
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Los resultados demuestran que el 36% de pacientes acudieron por presentar tos y flema por más de 15 días, 32% acudió por presentar fiebre y malestar general, 14% acudió por presentar pérdida de peso y falta de apetito; evidenciando el descuido de la mayoría de usuarios los cuales acuden a la unidad de salud cuando presentan alguna patología y casi nunca lo hacen para un control médico periódico.

8.1.10.- Distribución de resultados en relación a la reacción de los pacientes con tuberculosis al momento de recibir el diagnostico de su enfermedad

Tabla N° 10

CATEGORÍA	N°	%
Positiva	5	11
Negativa	12	39
Preocupación	9	32
Indiferente	3	11
Otros (Desesperación)	2	7
TOTAL	31	100

Gráfico N° 10



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

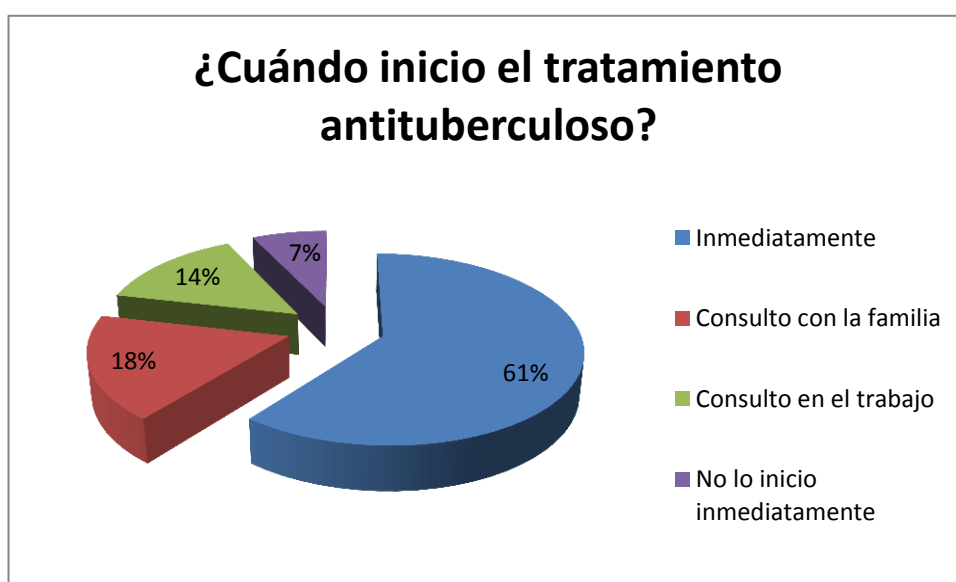
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: en los resultados obtenidos el 39% de pacientes tuvo una reacción negativa ante el diagnostico de su enfermedad, 32% se sintieron preocupados, y solo 11% fue positivo; lo que significa que los pacientes sienten negación ante su padecimiento de salud, haciendo más difícil el cumplimiento del tratamiento y más aun si no tiene el apoyo adecuado.

8.1.11.-Distribución de resultados en relación al inicio del tratamiento en pacientes con tuberculosis

Tabla N°11

CATEGORÍA	N°	%
Inmediatamente	20	61
Consulta con la familia	5	18
Consulta en el trabajo	4	14
No lo inicio inmediatamente	2	7
TOTAL	31	100

Gráfico N° 11



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

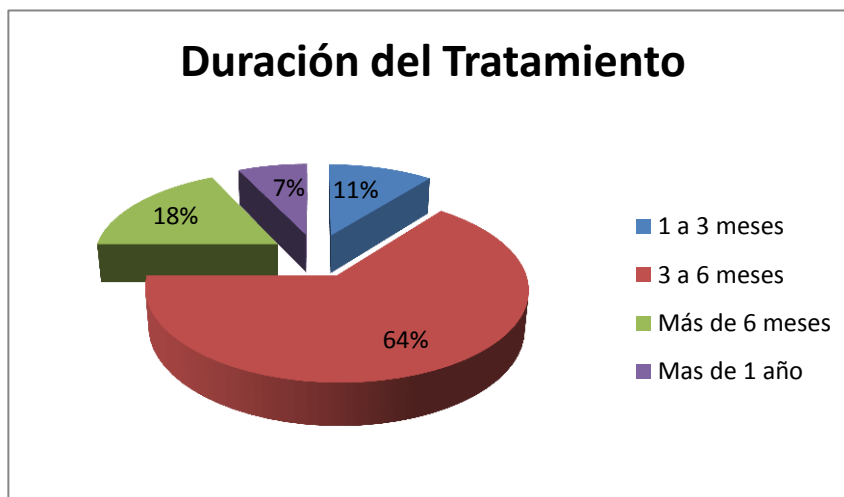
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: de los resultados obtenidos el 61% de pacientes diagnosticados con tuberculosis inicio inmediatamente el tratamiento, 18% lo consulto con la familia, y el 14% lo consulto en el trabajo, evidenciando que algunos pacientes esperan de la opinión de los demás, retrasando el inicio oportuno del tratamiento y su pronta recuperación.

8.1.12.- Distribución de resultados en relación al tiempo de tratamiento durante el cual permanecieron los pacientes con tuberculosis

Tabla N° 12

CATEGORÍA	N°	%
1 a 3 meses	1	11
3 a 6 meses	20	64
Más de 6 meses	5	18
Más de 1 año	2	7
TOTAL	31	100

Gráfico N° 12



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

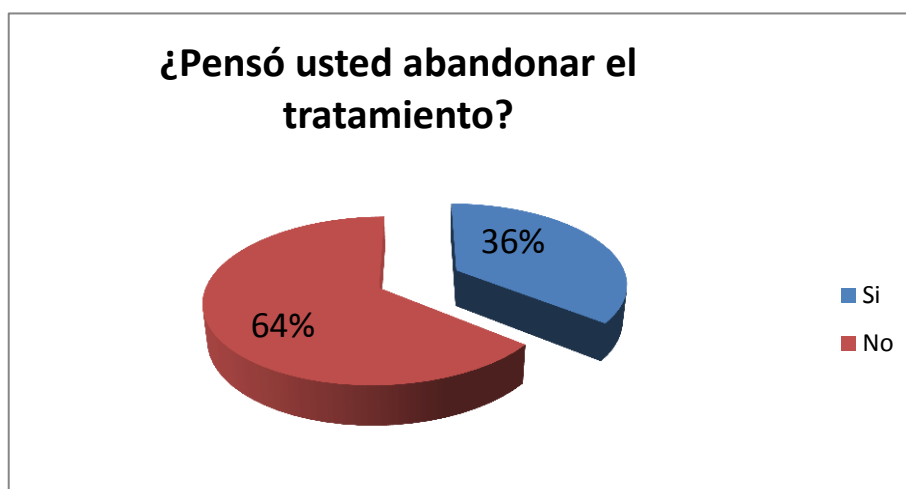
Autor: Javier González (Investigador)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: de los resultados obtenidos el 64% de pacientes tomo el tratamiento de 3 a 6 meses, el 18% más de 6 meses y el 7% más de 1 año; lo que significa que la mayoría de pacientes terminó el esquema en el tiempo determinado, pero hay un grupo que por el difícil acceso a las unidades demoró más en terminarlo y el 7% como evidenciamos lo abandono mucho tiempo y se convirtieron en drogo resistentes.

8.1.13.- Distribución de resultados en relación a la idea de considerar si el paciente desea abandonar o no el tratamiento antituberculoso.

Tabla N° 13

CATEGORÍA	N°	%
Si	13	64
No	18	36
TOTAL	31	100



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

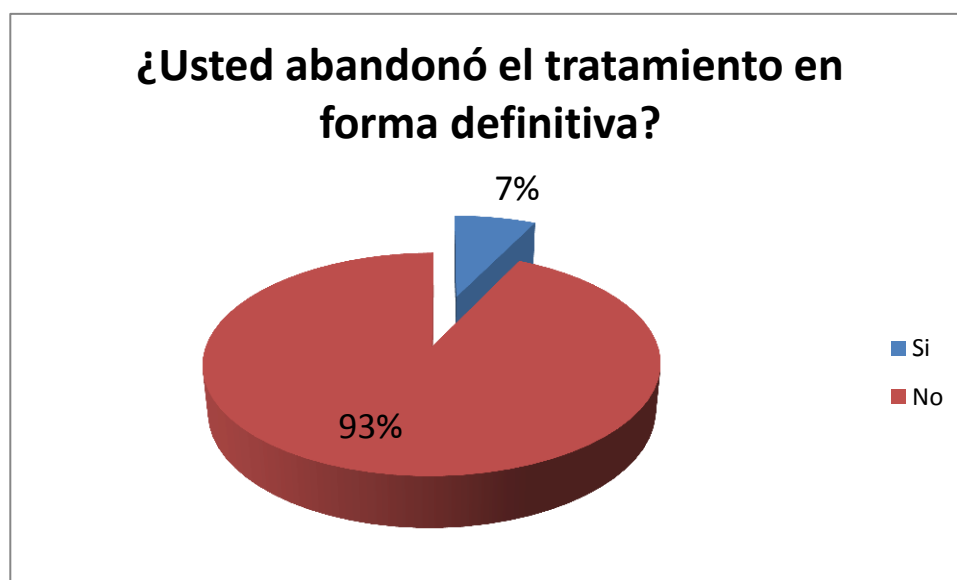
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: De los resultados obtenidos el 64% de pacientes no considero abandonar el tratamiento y el 36% ha considerado hacerlo, evidenciando que los pacientes se adhieren al tratamiento, pero algunos a causa de su situación actual económica, laboral y el difícil acceso a las unidades de salud consideran la opción del abandono.

8.1.14.- Distribución de resultados en relación al abandono y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis

Tabla N° 14

CATEGORÍA	N°	%
Si	2	7
No	29	93
TOTAL	31	100

Gráfico N° 14



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

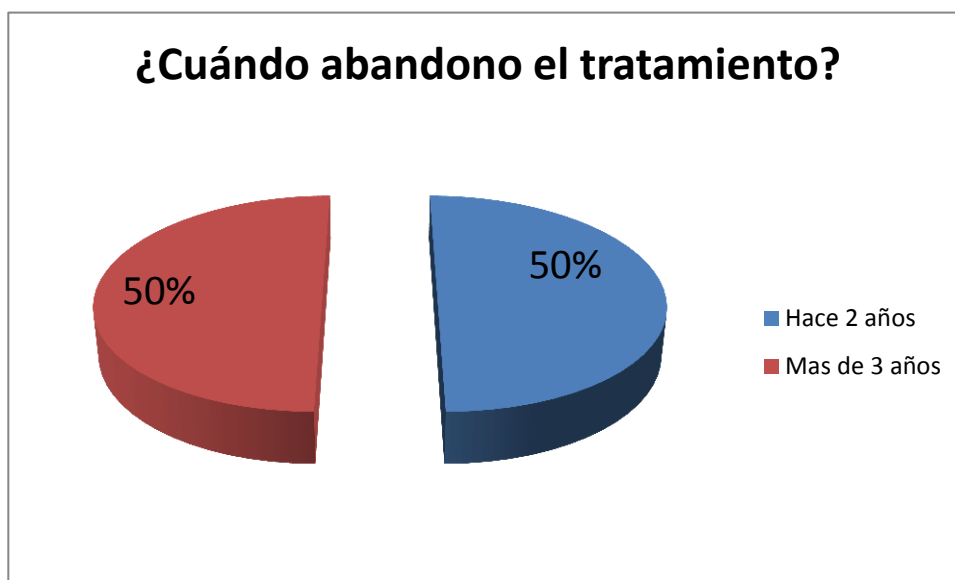
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Los resultados demuestran que el 93% de pacientes decidió culminar el tratamiento, y el 7% de estos lo ha abandonado en forma definitiva, evidenciando que además de los problemas económicos y situaciones en las que el paciente vive, el paciente termina con el tratamiento.

8.1.15.- Distribución de resultados en relación al tiempo del abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis

Tabla N° 15

CATEGORÍA	N°	%
Hace 2 años	1	50
Más de 3 años	1	50
TOTAL	2	100

Gráfico N° 15



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

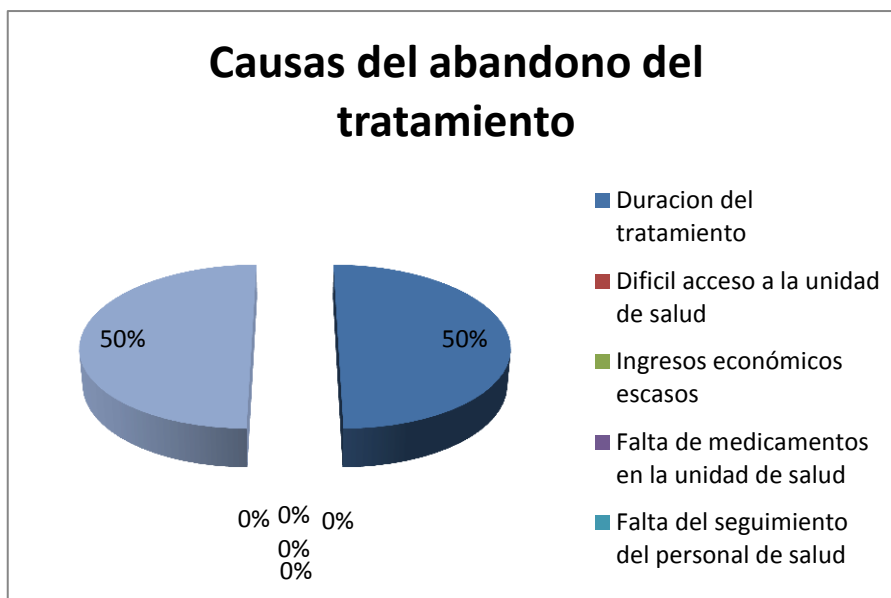
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: De los resultados obtenidos de los pacientes que abandonaron el tratamiento el 50% lo hizo hace 2 años, y el abandono hace 3 años, evidenciando que cuando mayor es el tiempo de abandono mayores riesgos corre la salud del paciente y el próximo tratamiento sea más prolongado.

8.1.16.- Distribución de resultados en relación a las causas por las cuales los pacientes con tuberculosis abandonaron el tratamiento.

Tabla N° 16

CATEGORÍA	N°	%
Duración del tratamiento	1	50
Difícil acceso a la unidad de salud	0	0
Ingresos económicos escasos	0	0
Falta de medicamentos en la unidad de salud	0	0
Falta del seguimiento del personal de salud	0	0
Aparente mejoría	0	0
Efectos secundarios de la medicación	1	50
TOTAL	2	100

Gráfico N° 16



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

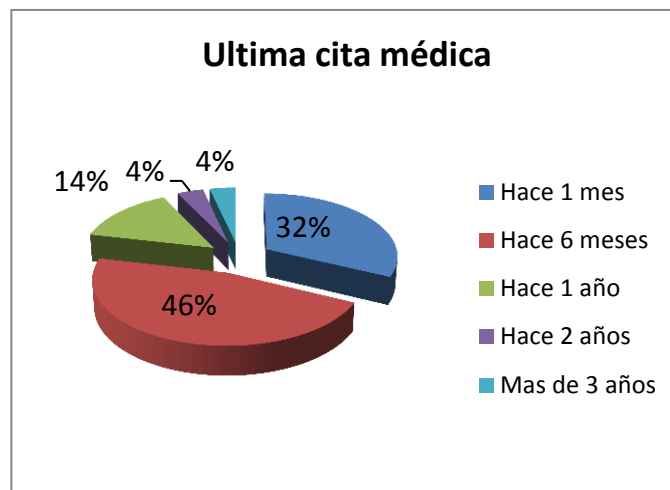
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Los resultados demuestran que de los pacientes de abandono al tratamiento el 50% lo hizo por la duración prolongada, y el otro 50% lo hizo por los efectos adversos causados por la medicación, lo que significa que el paciente no recibió ni el seguimiento ni apoyo oportuno por parte del personal de salud.

8.1.17.- Distribución de resultados en relación a la fecha de la última cita a la que acudieron los pacientes con tuberculosis

Tabla N° 17

CATEGORÍA	N°	%
Hace 1 mes	11	32
Hace 6 meses	13	46
Hace 1 año	5	14
Hace 2 años	1	4
Más de 3 años	1	4
TOTAL	31	100

Gráfico N° 17



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: De los resultados obtenidos el 46% de los pacientes acudió a una cita médica hace 6 meses, 32% hace 1 mes, y 14% hace más de un año, lo que significa, que la mayoría acude a una cita médica cada 6 meses, pero lo hacen por alguna patología y no para hacerse un control médico como es lo correcto, dejando de lado su enfermedad y poniendo en riesgo su vida.

8.1.18.- Distribución de resultados en relación a la toma de medicamentos de pacientes con tuberculosis a partir de la última

Tabla N° 18

CATEGORÍA	N°	%
Si	6	21
No	25	79
TOTAL	31	100

Gráfico N° 18



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

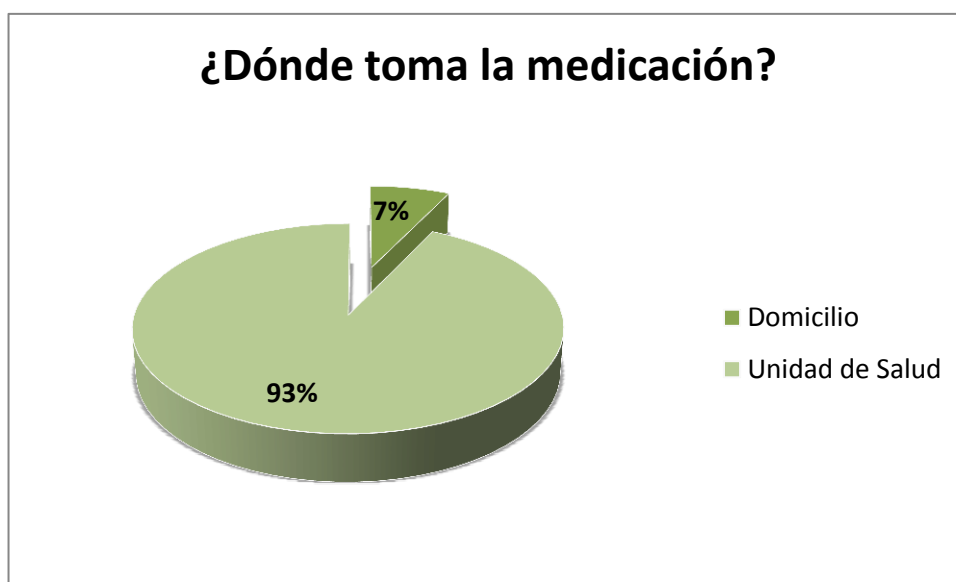
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: los resultados demuestran que el 79% no está tomando el tratamiento desde la última cita y el 21% si lo está haciendo, esto se debe normalmente a que la mayoría de pacientes encuestados ha culminado con su tratamiento y los demás pacientes se mantienen cumpliendo su tratamiento.

8.1.19.- Distribución de resultados en relación al lugar de la toma de medicación por parte de los pacientes con tuberculosis

Tabla N° 19

CATEGORÍA	N°	%
Domicilio	2	7
Unidad de Salud	29	93
TOTAL	31	100

Gráfico N° 19



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

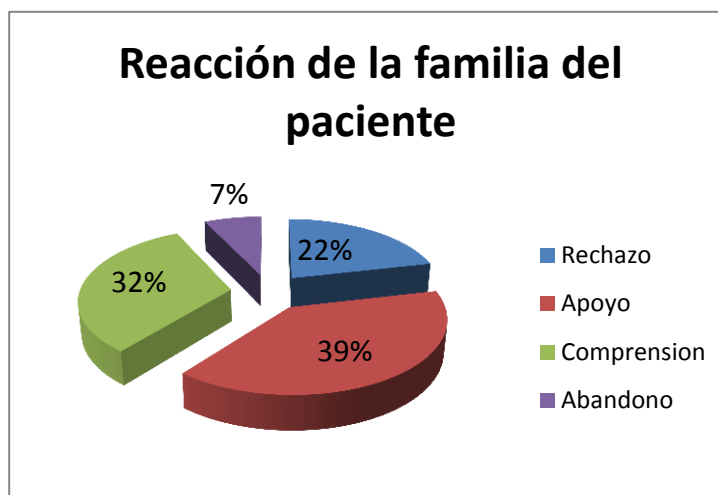
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: De los resultados obtenidos el 93% de pacientes recibió su tratamiento en la unidad de salud más cercana, y el 7% lo recibió en su domicilio, evidenciando que la imposibilidad económica y el difícil acceso a los servicios de salud de los pacientes le obliga en ocasiones a recibir su tratamiento en casa, enfatizando el cumplimiento de las actividades que cumple el personal de enfermería.

8.1.20.- Distribución de resultados en relación a la reacción de la familia sobre el conocimiento de la enfermedad del paciente

Tabla N° 20

CATEGORÍA	N°	%
Rechazo	7	22
Apoyo	13	39
Comprensión	9	32
Abandono	2	7
TOTAL	31	100

Gráfico N° 20



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

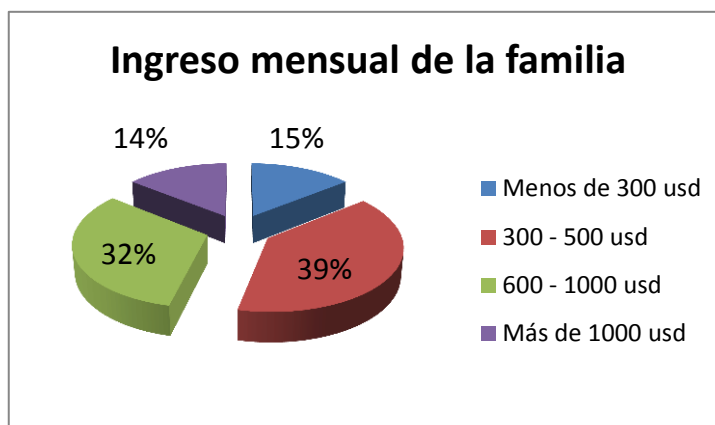
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: de los resultados obtenidos el 39% de los pacientes recibió apoyo familiar, 32% de los familiares comprendieron la situación del paciente y 22% lo rechazaron, evidenciando que la mayoría de familiares apoyan al enfermo en su proceso de recuperación, en cuanto que otro grupo no cuenta con el apoyo necesario, siendo rechazados y abandonados, lo que influye en el cumplimiento del tratamiento y recuperación de la enfermedad.

8.1.21.- Distribución de resultados en relación al ingreso mensual de la familia de los pacientes con tuberculosis

Tabla N° 21

CATEGORÍA	N°	%
Menos de 300 usd	6	15
300 - 500 usd	12	39
600 - 1000 usd	9	32
Más de 1000 usd	4	14
TOTAL	31	100

Gráfico N° 21



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

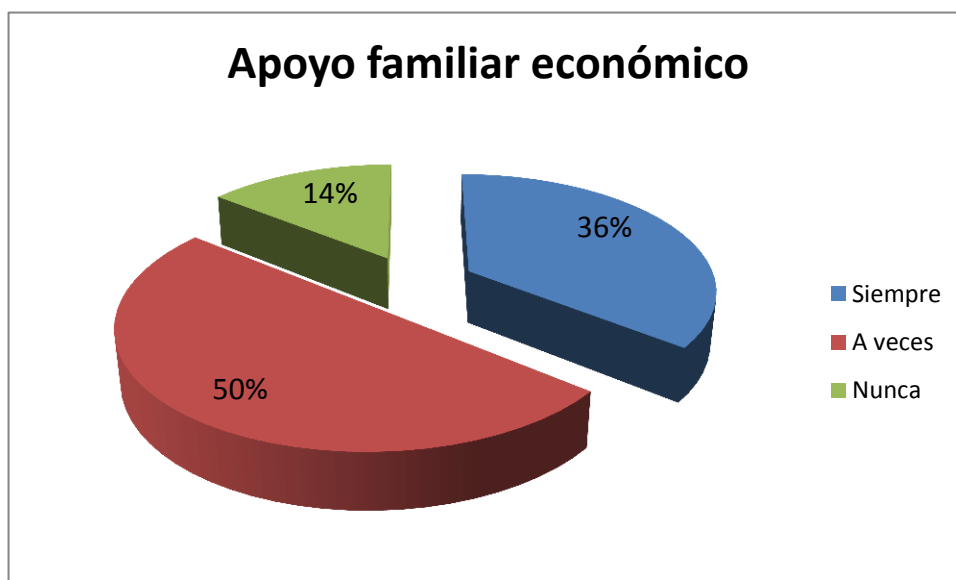
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: los resultados demuestran que el 39% del ingreso económico familiar está entre los 300-500 usd, el 32% está entre los 600-1000 usd, y el 15% tiene un ingreso menor a 300 usd, evidenciando que los recursos económicos en la mayor parte de familias no cubren las necesidades básicas del hogar, factor importante que influye en el proceso de recuperación del paciente, constituyendo un riesgo para la familia porque las condiciones de vida los hacen más vulnerables.

8.1.22.-Distribución de resultados en relación al apoyo económico familiar que reciben los pacientes con tuberculosis

Tabla N° 22

CATEGORÍA	N°	%
Siempre	11	36
A veces	16	50
Nunca	4	14
TOTAL	31	100

Gráfico N° 22



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: los resultados demuestran que: 36% de los pacientes recibe apoyo económico familiar, 50% su familia lo apoya en ocasiones, y 14% nunca recibió apoyo, lo que significa que la mayoría de familias apoyan al paciente para que cubra sus gastos, apoyo económico que no resulta suficiente en relación al alto costo de la vida, para cubrir sus necesidades vitales.

8.1.23.- Distribución de resultados en relación al apoyo psicológico que brinda la familia a los pacientes con tuberculosis

Tabla N° 23

CATEGORÍA	N°	%
Si	25	82
No	6	18
TOTAL	31	100

Gráfico N° 23



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

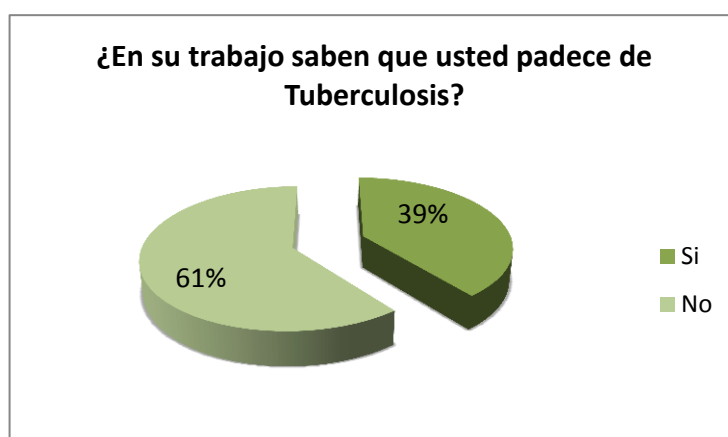
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: de los resultados obtenidos el 82% de la familia anima al paciente a culminar su tratamiento, 12% no le pone importancia al paciente a lo largo de su patología, esto nos muestra que el apoyo psicológico familiar es un pilar fundamental para que el paciente pueda sentirse aceptado y adherirse a su tratamiento, para recuperar su salud.

8.1.24.- Distribución de resultados en relación al conocimiento en el trabajo sobre la enfermedad del paciente

Tabla N° 24

CATEGORÍA	N°	%
Si	12	39
No	19	61
TOTAL	31	100

Gráfico N° 24



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

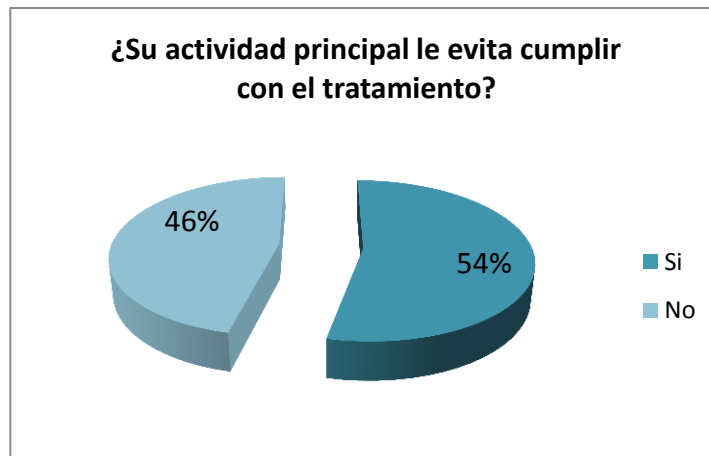
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: los resultados demuestran que el 61% asegura que en su trabajo saben de su enfermedad, y el 39% refiere que desconocen de su enfermedad en el trabajo, lo que significa que los pacientes prefieren guardar silencio sobre su patología por posible discriminación para no perder su empleo,

8.1.25.- Distribución de resultados en relación al incumplimiento del tratamiento del paciente a causa de su actual actividad laboral

Tabla N° 25

CATEGORÍA	N°	%
Si	17	54
No	14	46
TOTAL	31	100

Grafico N° 25



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: los resultados indican que el 54% refiere que su actividad laboral actual le hace difícil el cumplimiento del tratamiento, mientras que el otro 46% refiere cumplir el tratamiento de manera estricta, esto significa que al tener una actividad laboral esporádica e inestable limita al paciente a recibir la medicación en forma disciplinada, haciendo que el tratamiento no se cumpla y se abandone.

8.1.26.- Distribución de resultados en relación al riesgo que corren los pacientes con tuberculosis de permanecer en su campo laboral.

Tabla N° 26

CATEGORÍA	N°	%
Si	4	14
No	27	86
TOTAL	31	100

Grafico N° 26



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

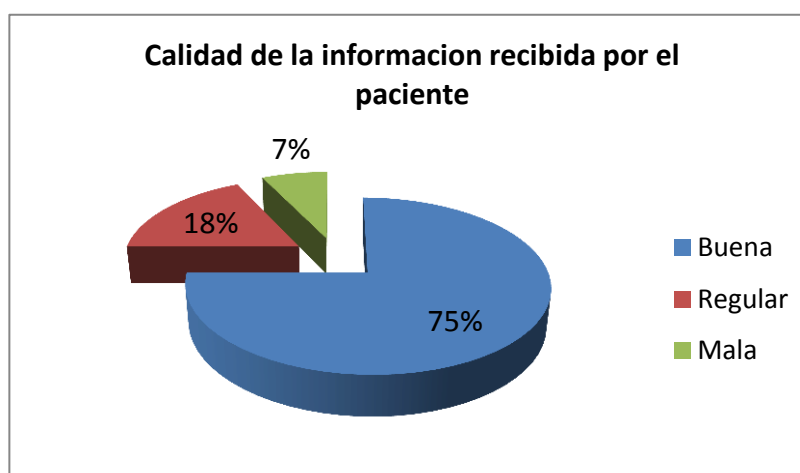
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: los resultados demuestran que el 86% de encuestados refiere no estar en riesgo de perder su actividad laboral, y el 14% refiere estar en riesgo en su actividad laboral, concluyendo que a causa de padecer esta enfermedad se sienten inseguros e inestables.

8.1.27.- Distribución de resultados en relación a la información que el paciente recibió por parte del personal de salud sobre su enfermedad.

Tabla N° 27

CATEGORÍA	N°	%
Buena	23	75
Regular	6	18
Mala	2	7
Total	31	100

Grafico N° 27



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: de los resultados obtenidos el 75% de pacientes recibieron una buena información en la unidad de salud, 18% fue regular, y 7% fue mala, lo que significa que aún hay deficiencias en el personal de salud al momento de brindar la atención de calidad que el paciente se merece.

8.1.28.- Distribución de resultados en relación al seguimiento realizado por el personal de enfermería hacia el paciente con tuberculosis

Tabla N° 28

CATEGORÍA	N°	%
Siempre	24	78
A veces	6	18
Nunca	1	4
TOTAL	31	100

Grafico N° 28



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

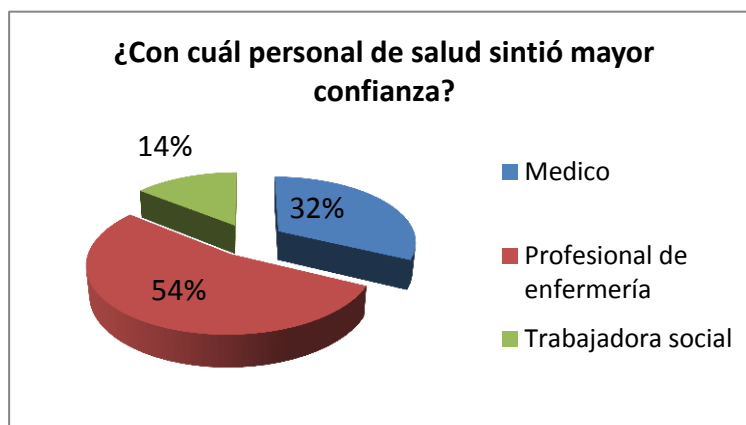
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: los resultados demuestran que en un 78% el personal de enfermería estuvo realizando un seguimiento constante del paciente, un 18% especifica que el seguimiento no fue tan bueno, y 7% de pacientes manifestó que nunca le hicieron un seguimiento, evidenciando que a pesar de que esta implementado el PCT aun hay fallas a nivel del personal de salud para la correcta ejecución de este programa.

8.1.29.- Distribución de resultados en relación a la confianza brindada por el paciente hacia personal de salud.

Tabla N° 29

CATEGORÍA	N°	%
Medico	10	32
Profesional de enfermería	17	54
Trabajadora social	4	14
TOTAL	31	100

Grafico N° 29



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

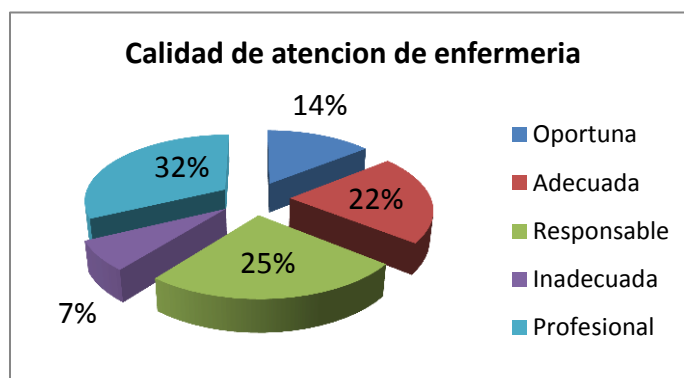
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: los resultados demuestran que el 32% de paciente refiere que sintió confianza con el médico, el 54% con el personal de enfermería, y el 14% con la trabadora social, concluyendo que el personal de enfermería asume su rol con responsabilidad por estar en contacto directo con el paciente, dando cumplimiento en forma eficiente a la vigilancia y seguimiento estricto el tratamiento del paciente.

5.1.30.- Distribución de resultados en relación a la calidad de atención del personal de enfermería hacia el paciente con tuberculosis

Tabla N° 30

CATEGORÍA	N°	%
Oportuna	5	14
Adecuada	7	22
Responsable	8	25
Inadecuada	2	7
Profesional	9	32
TOTAL	28	100

Gráfico N° 30



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes con tuberculosis en el área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán

Autor: Javier González (Investigador)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: , 25% refiere que la atención fue responsable, el 32% refiere que la atención fue profesional, 22% refiere que fue adecuada, demostrando que en su mayoría se está llevando a cabo con la misión y visión del programa de control de la tuberculosis,

5.2.- CONCLUSIONES

Una vez concluido con el trabajo de investigación bibliográfico, documental y de campo, donde los principales colaboradores fueron los pacientes con tuberculosis pulmonar y los familiares de los mismos, llegamos a las siguientes conclusiones.

5.2.1.- Los bajos niveles socioeconómicos, el aumento de la pobreza en la población, los hábitos alimenticios inadecuados, y la falta de recursos para cumplir correctamente las estrategias de control de la tuberculosis, son los principales factores que inciden directamente en el agravamiento y abandono de la tuberculosis.

5.2.2.- del grupo de personas investigadas un mínimo porcentaje 14% alcanzaron una profesión, lo que les permite obtener un trabajo estable para su sobrevivencia, siendo el grupo mayoritario que no posee ninguna profesión, obteniendo el apoyo económico familiar, el mismo que en su mayoría resulta insuficiente e incapaz de poder satisfacer las necesidades básicas del paciente, y que permita que este lleve un estilo de vida adecuado.

5.2.3.- El 54% de los pacientes pertenece al área rural, haciendo que el acceso a un establecimiento de salud y a la vez a los servicios que este presta se vea limitado para este tipo de paciente, hacen que el paciente no cumpla el esquema del tratamiento en la forma adecuada y además que su seguimiento sea más difícil de realizarlo para el personal de salud.

5.2.4.- La mayoría de pacientes con tuberculosis sobrepasa la edad de 40 años, edad en la cual el organismo empieza a disminuir sus defensas y hace a las personas más vulnerables a contraer esta enfermedad, y esto se ve afectado además por el consumo de sustancias tóxicas para el organismo como lo son el cigarrillo y el alcohol.

5.2.5.- La falta de capacitación del personal de salud y la inadecuada ejecución del programa de control de la tuberculosis, hacen que el seguimiento y el tratamiento oportuno del paciente sea deficiente por parte de los miembros del equipo de salud, enfatizando el trabajo responsable del profesional de enfermería que si lo cumple en un alto porcentaje.

5.2.6.- El desconocimiento de la población, sobre temas de fomento de la salud y prevención de enfermedades hace q no se aplique en las actividades diarias medidas y/o normas de higiene haciendo más vulnerables a los miembros de la familia y a la población.

5.2.7.- La escuela de enfermería de la universidad técnica del norte deja constancia del aporte brindado a las unidades operativas del Ministerio de salud pública a través de la implementación de la guía práctica de prevención y detección oportuna de casos de tuberculosis, en fortalecimiento a la estrategia docencia servicio.

5.3.- RECOMENDACIONES

Habiendo concluido el trabajo de investigación con el tema: “FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DETECTADOS EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL AREA DE SALUD N° 1 TULCAN EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2012” y en base a los resultados obtenidos se pone en consideración las siguientes recomendaciones:

5.3.1.- El Ministerio de salud pública a través de sus directivos y líderes, deberá considerar en el plan operativo anual programas de capacitación dirigidos a los miembros del equipo de salud que laboran en las diferentes unidades operativas de Área de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán, con temas de actualización en normas y protocolos de los diferentes programas de salud.

5.3.2.- Los miembros del equipo de salud de las diferentes unidades operativas del Área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán deberán hacer constar en su planificación anual la capacitación y actualización permanente tanto del cliente interno como del cliente externo, para de esta manera mejorar la calidad de atención.

5.3.3.- Los miembros del equipo de salud de las unidades operativas del área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán deberán empoderarse de los conocimientos del Programa de control de la tuberculosis, **y concienciar el cumplimiento** de su aplicación en beneficio de la salud del paciente.

5.3.4.- Los directivos y/o líderes de las unidades operativas del área N 1 de Tulcán, deberán acoger e implementar la guía (nombre de la guía) como un instrumento de apoyo educación del paciente con tuberculosis, familia y comunidad.

5.3.5.- Los lideres y miembros del equipo de salud de las unidades operativas del área N° 1 deberán responsabilizarse de cumplir con la socialización y difusión de la: “GUÍA PRACTICA DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA DE CASOS DE TUBERCULOSIS” dirigida a orientar al individuo familia y comunidad.

CAPITULO VI

6.- PROPUESTA

“GUÍA PRACTICA DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA DE CASOS DE TUBERCULOSIS” DIRIGIDA A LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL AREA DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE TULCÁN

El trabajo de investigación desarrollado sobre: “Factores asociados al abandono y adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en la unidades operativas del Área de Salud N° 1 de la ciudad de Tulcán en el periodo de enero a junio del 2012” ha permitido a su autor, visualizar de forma clara la situación real de los aspectos por los cuales los pacientes con tuberculosis se adhieren o a su vez abandonan su tratamiento, permitiendo elaborar una propuesta para disminuir la incidencia de esta enfermedad y la detección oportuna de los casos nuevos de tuberculosis; esto objetivo se lograra mediante la elaboración de una “GUÍA PRACTICA DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA DE CASOS DE TUBERCULOSIS” DIRIGIDA A LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL AREA DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE TULCÁN” la misma que constituirá una herramienta de trabajo, prevención y promoción de la salud, para los profesionales de la unidades operativas y los usuarios de los servicios de salud , fundamentada en principios científicos, garantizando de esta manera la mejoría del programa de control de tuberculosis disminuyendo las cifras de este problema de salud pública.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“GUÍA PRACTICA DE PREVENCIÓN Y
DETECCIÓN OPORTUNA DE CASOS DE
TUBERCULOSIS” DIRIGIDA A LAS
UNIDADES OPERATIVAS DEL AREA DE
SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE TULCÁN”**



ELABORADO POR:
JAVIER GONZÁLEZ

SUPERVISADO POR:

MSC: SUSANA MENESES D.

6.2.- TUBERCULOSIS

6.2.1.- INTRODUCCIÓN

Nuestro país cuenta con protocolos de atención al paciente con tuberculosis y con un programa de control de tuberculosis, el que permite el manejo y tratamiento de estos pacientes para la recuperación y reinserción del enfermo a la sociedad y así eliminar esta problemática de salud pública.

Los profesionales de la salud deben asumir su responsabilidad respecto al paciente y trabajar en conjunto como un equipo multidisciplinario que permita la supervisión y cumplimiento estricto del tratamiento por parte del paciente.

Las actividades de prevención y promoción de la salud son parte integrante de la Atención Primaria. La existencia de patologías crónicas relacionadas causalmente con factores de riesgo derivados de modos de vida no saludables ha incrementado la importancia de este grupo de actuaciones sanitarias.

Los distintos planes de salud elaborados por un número cada vez mayor de instituciones sanitarias contemplan, como elemento fundamental, el desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud y las integran con las asistenciales en el trabajo cotidiano del Equipo de Atención Primaria.

Por las cifras de tuberculosis en el país debemos considerar que la Tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública, por lo que debemos mantener un esfuerzo sostenido en el mediano y largo plazo para lograr que la Tuberculosis deje de ser un problema sanitario en nuestro país.

Es por esta razón que se ha elaborado una guía de prevención y detección oportuna de casos nuevos de tuberculosis, dirigida al mejoramiento y del programa de control de tuberculosis y la optimización de la calidad de atención en las unidades de salud hacia el usuario.

PRESENTACIÓN

El acceso a los Servicios de Salud requiere atención en dos aspectos estrechamente relacionados: garantizar que la población tenga acceso a los servicios de salud cuando lo necesite, y buscar que, la que ya lo tiene, tenga la capacidad de recibir la atención que requiera sin poner en riesgo su patrimonio.

Hoy es necesario mantener una visión de trabajo en equipo, donde la colaboración entre los prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados, la industria farmacéutica y alimentaria, permita formular mejores lineamientos para la prevención y control de estas patologías, compartiendo responsabilidad hacia un objetivo común: mejorar las condiciones de salud de la población.

Con la estrategia Alto a la Tuberculosis y su apoyo al Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, la OMS está tratando de lograr una disminución radical de la carga de la enfermedad y de reducir a la mitad su prevalencia y mortalidad para 2015.

Cuando el equipo de salud detecta oportunamente a un paciente con tuberculosis le brinda un tratamiento completo y un seguimiento adecuado, los pacientes dejan rápidamente de ser contagiosos y acaban curándose.

La intervención efectiva de la comunicación en salud permitirá lograr cambios en los conocimientos, actitudes y comportamientos preventivos para asegurar los estilos de vida saludables y el bienestar de la familia y la comunidad.

Por lo tanto la implementación de esta guía de prevención y detección oportuna de casos de tuberculosis es de vital importancia para el cumplimiento del objetivo 6 del milenio y la disminución de la gravedad de este problema de salud pública.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Implementar en las unidades operativas del área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán la guía práctica de prevención y detección oportuna de casos de tuberculosis para contribuir en mejora de los estilos de vida de la población.

Objetivos específicos.

- Fortalecer los conocimientos del paciente, familiares y personal de salud sobre la problemática de salud pública, como lo es la tuberculosis, a través de la utilización de la guía práctica de prevención y detección oportuna de casos de tuberculosis
- Fomentar la prevención y promoción de la salud a todos los usuarios que acuden a las unidades operativas mediante la educación continua de la tuberculosis, con el aporte de la guía práctica de prevención y detección oportuna de casos de tuberculosis.
- Contribuir a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población para prevenir y controlar la enfermedad de la tuberculosis, y mejorar los estilos de vida de la población.

Sensibilizar y concienciar a la comunidad en general sobre los riesgos de adquirir una enfermedad como la tuberculosis, y la importancia de contribuir en los procesos de prevención de la salud para mejorar la salud de la población.

14.- BIBLIOGRAFÍA

1. Bates JH, Stead WW. The history of tuberculosis as a global epidemic. MedClin North Am 2003; 77: 1205-1217.
2. Stead WW, Bates JH. Epidemiología y prevención de la tuberculosis. En: Fishman AP. Tratado de Neumología. Ediciones Doyma 2001 (ed. española) 1661-1675.
3. Caminero JA, Medina MV, Rodríguez de Castro F, Cabrera P. Tuberculosis y otras micobacteriosis. En: Caminero Luna JA, Fernández Fau L (editores). Manual de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR 2008: 1389-1419.
4. Kent JH. The Epidemiology of multidrug-resistant tuberculosis in the United States. MedClin North Am 2009; 77: 1391-1409.
5. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. Fact sheet nº 104; revised March 2007. Obtenido 05/04/07
en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>
- 6.- ALARCON Edith, (2007) "Rol de Enfermera en el Control de la TB y TB MDR", Consultora "La Unión" III Congreso Nacional de Tuberculosis –El Salvador
- 7.- ARREDONDO, Anabela (200) Epidemiología del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Niveles Actuales, Tendencias y Tipología de la Epidemia.
- 8.- DUGAS Beverly, (1986), Tratado de Enfermería Practica, 4ta edición, México, Interamericana

- 9.- MENA VALLEJO Francisco (s/a). Manual para el control de la tuberculosis salud número 13.
- 10.- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR,(2005) Dirección Nacional de Epidemiología, Programa Nacional de control de la Tuberculosis, "Manual de normas para el control de la tuberculosis en Ecuador, Julio
- 11.- MORALES J; FORRESTER T; BADA A; DEL ROSARIO M; FRAZER M; JAHOR F; (1996) Albumin Kinetics in Edematous And Nephrotic protein –Energy Malnourished Children 1996
- 12.- Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de la tuberculosis en Ecuador", Dirección Nacional de Epidemiología, Julio
- 13.- MERSON, H. (1993) Evolución de la infección del VIH-1 por transmisión vertical en España (1993-1999). IX Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Santiago de Compostela, 21-24 de mayo de 1993. Abstract 407
- 14.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2000). Vigilancia epidemiológica del sida. Informe Semestral n°1, año 2000. Disponible en <http://www.msc.es/sida/epidemiologia/actual>.
- 15.- OCEANO/CENTRUM, (1994), El manual Merck, 9na edición, Grupo Editorial Océano, España.
- 26.- STYLBO K. (2003) "Aspectos sobre la tuberculosis y la infección VIH a nivel mundial". Bol Un Int Tuberc Enf Resp.

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

El presente cuestionario ha sido elaborado para obtener información relevante relacionada con el tema de estudio: **Factores asociados al abandono y adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en la unidades operativas del Área de Salud N° 1 de la ciudad de Tulcán.**

Solicito se digne contestar con toda sinceridad dicho cuestionario. La información recolectada en dicha encuesta será de completa confidencialidad y solo será de uso personal del interesado.

Instrucciones:

- Lea detenidamente el presente formulario y conteste de manera clara y verás las interrogantes planteadas.
- Señale con una X, la opción seleccionada.
- En el caso de preguntas abiertas, conteste en forma concreta.

Datos Generales

1.- Edad:

- | | | | |
|----------------------|-----|----------------------|-----|
| 1.1) De 15 – 26 años | () | 1.4) De 51 – 62 años | () |
| 1.2) De 27 – 38 años | () | 1.5) De 63 – 74 años | () |
| 1.3) De 39 – 50 años | () | 1.6) De 74 – 86 años | () |

2.- Área de residencia

2.1) Urbana () 2.2) Rural ()

3.- Grupo Étnico

3.1) Blanco () 3.4) Indígena ()

3.2) Mestizo () 3.5.) Otro ()

3.3) Afro ecuatoriano () Especifique _____

4.- Escolaridad

4.1) Primaria Completa ()

4.2) Primaria Incompleta. ()

4.3) Secundaria Completa ()

4.4) Secundaria incompleta ()

4.5) Superior Completa ()

4.6) Superior Incompleta ()

4.4) Ninguna ()

Condiciones Socio-económicas

5.-¿Actualmente posee trabajo?

5.1) Si () 5.2) No ()

6.- ¿Cuál es el campo laboral en el que se desempeña?

6.1.- Profesional ()

6.2.- No profesional ()

7.-¿Cuál es el ingreso mensual que usted percibe?

7.1) Menos de 1 salario mínimo vital ()

7.2) 1 salario mínimo vital ()

7.3) Mayor a 1 salario mínimo vital ()

Aspectos de Salud

8.- ¿A cuál tipo de institución de salud acude usted?

8.1.- Pública ()

8.2.- Privada ()

8.3.- Otros ()

Especifique_____

8.- ¿Cuál fue el motivo por el que acudió a una cita médica antes de enterarse de su enfermedad?

8.1) Por presentar tos con flema por más de 15 días. ()

8.2) Por presentar fiebre mas malestar general. ()

8.3) Por presentar pérdida de peso mas falta de apetito ()

8.4) Por presentar expectoración con sangre más dolor torácico ()

8.5) Otros () Especifique_____

9.- ¿Qué reacción tuvo cuando recibió el diagnostico de su enfermedad?

9.1) Positiva () 9.4) Indiferente ()

9.2) Negativa () 9.5) Otra ()

9.3) Preocupación () Especifique_____

10.- ¿Cuándo inicio el tratamiento antituberculoso?

10.1) Inmediatamente ()

10.2) Consulto primero con la familia ()

10.3) Consulto primero en el trabajo ()

10.4) No lo inició inmediatamente ()

11.- ¿Durante qué tiempo toma el tratamiento antituberculoso?

11.1) De 1 – 3 meses () Otros ()

11.2) De 3 – 6 meses () Especifique_____

11.3) Mayor a 6 meses ()

12.- ¿Pensó usted abandonar el tratamiento?

12.1) Si () 12.2) No ()

13.- ¿Usted abandonó el tratamiento en forma definitiva?

13.1) Si () 13.2) No ()

14.- ¿Cuándo abandono el tratamiento?

14.1) Hace 1 mes () 14.4) Hace 2 años ()

14.2) Hace 6 meses () 14.5) Más de 3 años ()

14.3) Hace 1 año ()

15.- ¿Cuál fue la causa por la que dejó de tomar el tratamiento Antituberculoso?

15.1.-Duración del tratamiento ()

15.2.- Difícil acceso a una unidad de salud ()

15.3.- Ingresos económicos escasos. ()

15.4.- Falta de medicamentos en la unidad de salud ()

15.5.- Falta de seguimiento del tratamiento por parte del personal de
Salud ()

15.6.- Aparente mejoría. ()

15.7.- Efectos secundarios de la medicación. ()

16.- ¿Cuándo fue la última cita a la que acudió a un control de salud?

16.1) Hace 1 mes ()

16.2) Hace 6 meses ()

16.3) Hace 1 año ()

16.4) Hace 2 años ()

16.5) Más de 3 años ()

17.- ¿Está tomando el tratamiento desde la última cita?

17.1) Si ()

17.2) No ()

18.- ¿Dónde toma usted la medicación?

18.1) Domicilio ()

18.2) Establecimiento de Salud ()

19.- ¿Cuándo le comunicó a su familia de su enfermedad qué reacción tuvieron con usted?

19.1) Rechazo () 19.3) Comprensión ()

19.2) Apoyo () 19.4) Abandono ()

20.- ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado de su familia?

20.1) Menos de 300 usd ()

20.2) 300 usd – 500 usd ()

20.3) 600 usd – 1000 usd ()

20.4) Más de 1000 usd ()

21.- ¿Su familia lo apoya económicamente?

21.1) Si () 21.2) No ()

22.- ¿Su familia lo anima para que no abandone el tratamiento?

22.1) Si () 22.2) No ()

23.- ¿En su trabajo saben que usted padece de Tuberculosis?

23.1) Si () 23.2) No ()

24.- ¿Su actividad principal. Le evita cumplir con el tratamiento?

24.1) Si () 24.2) No ()

25.- ¿Su enfermedad ha puesto en riesgo su permanencia en su actividad laboral?

25.1) Si ()

25.2) No ()

26.- ¿La explicación sobre su enfermedad por parte del personal de salud fue?

26.1) Buena ()

26.2) Regular ()

26.3) Mala ()

27.- ¿El personal de enfermería realiza un control y seguimiento a su familia, para detectar a otros enfermos?

27.1) Siempre

27.2) A veces

27.3) Nunca

28.- ¿Quién del personal de salud, mostro mayor interés en su enfermedad y tratamiento?

28.1) Medico ()

28.2) Personal de Enfermería ()

28.3) Trabajadora social ()

29.- ¿Con qué personal de salud sintió mayor confianza?

29.1) Medico ()

29.2) Personal de Enfermería ()

29.3) Trabajadora social ()

30.- ¿Cómo considera que fue la atención del personal de enfermería durante su tratamiento?

30.1) Oportuna ()

30.4) Inadecuada ()

30.2) Adecuada ()

30.5) Profesional ()

30.3) Responsable ()

30.6) Otros ()

Especifique_____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Tulcán, 07 de enero del 2013

Lic. Janeth Gómez.

**COORDINADORA DE GESTION DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD
N° 1 DE LA CIUDAD DE TULCÁN**

Presente.

De mi Consideración:

Reciba un cordial saludo y a la vez deseándole éxitos en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para dejar constancia de la donación de un material didáctico denominado “GUIA PRÁCTICA DE PREVENCION Y DETECCION OPORTUNA DE CASOS DE TUBERCULOSIS” elaborada en base al tema de investigación “FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DETECTADOS EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL AREA DE SALUD N°1 DE LA CIUDAD DE TULCAN EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2012”, la misma que confío sea de gran ayuda para disminuirla dimensión de esta problemática de salud pública, y además sea implementada en las demás unidades operativas.

De antemano le expreso mis agradecimientos por su gentil colaboración

Atentamente

Edwin Javier González Estévez

C.I. 0401898739